

第1号様式の3 (第10条関係)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

千歳市長 様

次のとおり申請します。

なお、紛失等により生ずる事故に関する一切の責任は、当方（世帯主）で負います。

年 月 日

世帯主氏名

住 所

個人番号

電話番号

被保険者証の記号番号 千

No	再交付を必要とする者	性 別	再交付の内容	
1	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女	国民健康 保 険	<input type="checkbox"/> 被保険者証
2	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証
3	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女	理 由	<input type="checkbox"/> 紛失
4	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女		<input type="checkbox"/> 破（汚）損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他
5	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女	(詳細等)	
6	氏名 生年月日 年 月 日 個人番号	男・女		

(処 理 欄)

受 付	作 成	交 付	台帳整理	交付方法等	被保険者番号の変更
				<input type="checkbox"/> 郵 送(月 日)	1 有 2 無
				<input type="checkbox"/> 手渡し(月 日)	新被保険者番号
				<input type="checkbox"/> その他()	千
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (番号 第 号)				
	<input type="checkbox"/> 写真 (有・無) 身分証明書 ()				
	<input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()				