

国民健康保険 再交付申請書

資格確認書用
高齢受給者証

岸和田市長様

申請日 年 月 日

以下のとおり再交付を申請します。

記号番号 岸国

申 請 者 (世 帯 主)	氏名	個人番号(マイナンバー)							
	生年月日	年 月 日							
	住所	岸和田市							
	電話番号	() -							
対 象 者 (再 交 付 が 必 要 な 方)	1 氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		個人番号(マイナンバー)					
	生年月日	年 月 日							
	再交付理由	紛失 • 破損 • 盗難		種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証				
	2 氏名	個人番号(マイナンバー)							
	生年月日	年 月 日							
	再交付理由	紛失 • 破損 • 盗難		種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証				
	3 氏名	個人番号(マイナンバー)							
	生年月日	年 月 日							
	再交付理由	紛失 • 破損 • 盗難		種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証				
届 出 人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者()と同じ				世帯主からみた 続柄			
	住所								
	電話番号	() -							

※破損の場合、資格確認書、高齢受給者証が現存する時はご返還ください。

送 付 先	宛名				区分	病院・施設 その他()	
	住所	〒 -			電話 番号	() -	

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

***** これより下は記入しないでください *****

処 理 欄	本庁受付	センター受付	受付	処理区分				
				交付	郵送(発送日: 年 月 日)			
			本庁処理		窓口 確認書類: 【 】の免許証 【その他 】			