

国民健康保険 再交付申請書

資格確認書
高齢受給者証 用

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	交付	処理区分	
					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】	