

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

阿賀町長 様 下記のとおり再交付申請します。

[illegible]

申請年月日	令和 年 月 日					
申請者	氏名		上記世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の世帯員 ☐ その他（ ） ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。		
	住所	☐ 上記の住所と同じ		電話	（ ） －	

■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。		
	委任する権限	☐ 申請の権限 ☐ 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。	
	委任者（世帯主）	氏名	印
	受任者	氏名	印
		住所	

..... 以下、町処理欄

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						☐ 窓口 ☐ 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書（　　　　　　　　　　　）
②	☐ 旧証（回収） ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 預金通帳 ☐ その他（　　　　　　　　　　　）

記入例
(本人が申請)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

国民健康保険被保険者証等再交付申請書
上記のとおり再交付申請します。

世帯主 (申請者)	氏名	阿賀 太郎				住所	阿賀町津川 580 番地										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
再交付する証		再交付を必要とする人															
		氏 名					生年月日										
☒ 被保険者証		阿賀 太郎					昭・平・令 25 年 1 月 1 日										
☐ 限度額適用認定証		男・女		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証							昭・平・令 年 月 日										
☐ 特定疾病療養受療証		男・女		個人番号													
☐ 資格証明書																	
再交付申請の理由		☒ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 更新時未着 ☐ その他 ()															

申請年月日	令和 元 年 5 月 1 日				
申請者	氏名	阿賀 太郎		上記世帯主との関係	☒ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の世帯員 ☐ その他 () ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。
	住所	☒ 上記の住所と同じ		電話	(0254) 92 - 3111

■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。			
	委任する権限	☐ 申請の権限 ☐ 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。		
	委任者（世帯主）	氏名	印	
	受任者	氏名	印	
住所				

以下、町処理欄

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						☐ 窓口 ☐ 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書 ()	
②	☐ 旧証（回収） ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 預金通帳 ☐ その他 ()	

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

[illegible]

申請年月日	令和 元 年 5 月 1 日			
申請者	氏名	阿賀 花子	上記世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☒ 同一世帯の世帯員 ☐ その他 () ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要です。
	住所	☒ 上記の住所と同じ		電話 (0254) 92 -3111

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。		
	委任する権限	☐ 申請の権限 ☐ 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。	
	委任者（世帯主）	氏名	印
	受任者	氏名	印
		住所	

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						☐ 窓口 ☐ 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

①	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書（ ）
②	☐ 旧証（回収） ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 預金通帳 ☐ その他（ ）

記入例
(その他が申請)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

町長 様 下記のとおり再交付申請します。

世帯主	氏名	阿賀 太郎				住所	阿賀町津川 580 番地										
(申請者)	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
再交付する証		再交付を必要とする人															
		氏 名					生年月日										
☒ 被保険者証		阿賀 太郎					昭・平・令 25 年 1 月 1 日										
☐ 限度額適用認定証		男・女		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証							昭・平・令 年 月 日										
☐ 特定疾病療養受療証		男・女		個人番号													
☐ 資格証明書																	
再交付申請の理由		☒ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 更新時未着 ☐ その他 ()															

申請年月日	令和 元 年 5 月 1 日			
申請者	氏名	阿賀 次郎	上記世帯主との関係	☐ 世帯主本人 ☐ 同一世帯の世帯員 ☒ その他 (子) ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。
	住所	☐ 上記の住所と同じ 新潟市●●区△△ □-■		電話 (0254) 92 -3111

■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。			
	委任する権限	☒ 申請の権限 ☒ 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。		
	委任者（世帯主）	氏名	阿賀 太郎	印
	受任者	氏名	阿賀 次郎	印
		住所	新潟市●●区△△ □-■	

..... 以下、町処理欄

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						☐ 窓口 ☐ 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 外国人登録証明書 ☐ その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書 ()	
②	☐ 旧証（回収） ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 預金通帳 ☐ その他 ()	