

国民健康保険再交付申請書

世田谷区長 あて
次のとおり、再交付の申請をします。

世帯の 記号番号	12						
-------------	----	--	--	--	--	--	--

申請年月日		年 月 日					
申請者 (来所者)	氏 名	世帯主との 続柄又は関係		氏 名			
	住 所	電 話 ()		世 帯 主		個 人 番 号	

再交付の申請理由（該当のものに○をしてください。）

1 紛失・遺失・盗難	2 破れ・汚れ	3 世帯主変更	4 氏名変更	5 その他()
------------	---------	---------	--------	----------

再交付対象者（どなたの被保険者証等の再交付が必要ですか。）

住 所	(申請者と同じ住所のときは、記入不要)				
	世田谷区	丁 目	番 号	電 話 番 号 ()	
枝番	氏 名	個 人 番 号		生 年 月 日	年 齢
	(フリガナ)			昭・平・令 年 月 日	歳
	(フリガナ)			昭・平・令 年 月 日	歳
	(フリガナ)			昭・平・令 年 月 日	歳
	(フリガナ)			昭・平・令 年 月 日	歳

再交付証書（必要なものにレ点でチェックしてください。）

<input type="checkbox"/> 被保険者証	01・02・03・04	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	01・02・03・04	有 ・ 無
<input type="checkbox"/> 資格証明書	01・02・03・04	有 ・ 無

(職員記入欄)

本 人 確 認				再交付方法		返信用 封筒	受 入	付 力	確 認	所 属
運 転 免 許 証	パ ス ポ ー ト	個 人 番 号 カ ー ド	在 留 カ ー ド 特 別 永 住 者 証 明 書		窓 口	郵 送 簡 ・ 他	支 給 な し			
住 民 記 録 確 認		記 事				個 人 番 号 確 認	番 ・ 通 ・ S			
納 付 状 況 確 認							担 当			
証 回 収 入 力										

国民健康保険再交付申請書

世田谷区長 へ
次のとおり、再交付の申請をします。

世帯の 記号番号	12								
-------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日		●●年●●月●●日													
申請者 (来所者)	氏名	世田谷 太郎	世帯主との 続柄又は関係	本人	世帯主	氏名	世田谷 太郎								
	住所	世田谷区世田谷4-21-27				個人番号									
	電話	03 (5432) 1111				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

再交付の申請理由（該当のものに○を付けてください。）

- 1 紛失・遺失・盗難 2 破れ・汚損 3 住所変更 4 氏名変更 5 その他（ ）

再交付対象者（どなたか）

・提出書類の内容に記入もれ等がある場合は、お電話で確認させていただきます。日中連絡がとれる番号をご記入ください。

住所	(申請者) 世田谷区			
枝番	氏名	個人番号	生年月日	年齢
03	(フリガナ) セタガヤ イチロウ 世田谷 一郎	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	昭・平 令 ●●年●●月●●日	●●歳
【注意】				歳
・国民健康保険再交付申請書は、申請者が自筆してください。				歳
・左端にある枝番欄の記入は不要です。				歳

再交付証書（必要なものにレ点でチェックしてください。）

	枝番	旧証返還
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証	01-02-03-04	有・無
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	01-02-03-04	有・無
<input type="checkbox"/> 資格証明書	01-02-03-04	有・無

（職員記入欄）

本人確認				再交付方法		返信用筒	受付	確認	所属
運転免許証	パスポート	個人番号カード	在留カード 特別永住者 証明書	窓	郵送	支給			
				口	簡・他	なし			
住民記録確認		記事			個人番号確認	番・通・S			
納付状況確認						担当			
証回収入力									