

## 国民健康保険資格確認書（兼高齢受給者証）等 再交付申請書

宝 塚 市 長 宛

次のとおり、国民健康保険法施行規則第7条の規定により国民健康保険資格確認書（兼高齢受給者証）等の再交付を申請します。

なお、今回の再交付により問題が生じた場合は私が一切その責任を負い、紛失した資格確認書を発見したときは直ちに交換します。

世帯主と同一の世帯員が申請する場合は、申請に関して世帯主より委任を受けていることを申述します。

※太枠線内を記入してください。		申請日	年	月	日	被保険者番号																	
世帯主	住所				電話 (携帯可)	-																	
	氏名				個人番号 (マイナンバー)																		
申請者	続柄	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員 [夫・妻・子・その他 (        )] <input type="checkbox"/> 法定代理人⇒戸籍、登記事項証明書等必要 <input type="checkbox"/> その他 (        )																					
	氏名	※申請者が世帯主の場合、氏名・連絡先欄記入不要			電話 (携帯可)	-																	
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 (        )																					
再交付被保険者	氏名	続柄	生年月日			個人番号(マイナンバー)																	
				昭和・平成・令和 年        月        日																			
				昭和・平成・令和 年        月        日																			
				昭和・平成・令和 年        月        日																			

※内部処理記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート（有効期限内） <input type="checkbox"/> 住基・在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳（顔写真付きに限る） <input type="checkbox"/> その他 (        )	受付者  処理者  受付印
収納状況	<input type="checkbox"/> 滞納無 <input type="checkbox"/> 滞納有⇒収納担当連絡（担当：        ）    ※直近の未納であれば口頭案内	
負担割合	<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割	
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送（    月    日発送） <input type="checkbox"/> 窓口（同一世帯かつ本人確認ができた場合のみ可）	