国民健康保険被保険者証再交付申請書

受付年月日

大阪市長 様

令和　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名

世帯主との関係（　　）

電話番号　（　　－　　－　　）

個人番号　（　　）

※本人確認書類の提示があれば、個人番号の記載を省略できます。

次のとおり被保険者証の再交付を申請します。
なお、紛失または盗難の被保険者証を発見したときは、直ちに返納し、不正使用等はしません。

被保険者証記号・番号	記号 阪国住	番号	被保険者証に関する確認事項
	被保険者氏名	生年月日 個人番号	性別
1		昭・平・令 年 月 日	男・女
2		昭・平・令 年 月 日	男・女
3		昭・平・令 年 月 日	男・女
4		昭・平・令 年 月 日	男・女
5		昭・平・令 年 月 日	男・女
6		昭・平・令 年 月 日	男・女

1 使用したことが（ある・ない）
2 病院・診療所等に預けていない。
3 屋内の保管場所には見当たらない。
4 他の家族は保管していない。
5 紛失等の状況（例えば、いつ紛失したか、わかる範囲で書いてください。）

再交付申請の理由	最後に診療を受けた保険医療機関名及び所在地	
1 破損・汚損（被保険者証を添付してください。） 2 紛失・盗難・焼失 3 その他（　　）		保険医療機関名 所在地

※ 申請者（世帯主及び代理人）は、太線の枠内を記入してください。

処理欄	確認資料						
	□ 再交付通知（平成・令和　　年　　月）						
	□ 本人確認書類 ※写真の表示あり1部　運転免許証・個人番号カード・その他（　　）						
	※写真の表示なし2部　国民年金手帳・保険料決通・その他（　　）						
	□ 代理人証明書類 ※任意代理人（委任状・その他（　　）） ※法定代理人（登記事項証明書・その他（　　））						
	異動連絡	被保険者証	入力	旧被保険者証		資料番号	備考
		・　・		回収年月日	未回収整理		