

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 記 号 ・ 番 号	記号	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	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。)
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	
再交付 申請の 理 由	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 ()		最後に診療を受けた 保険医療機関名 及び所在地 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。

確 認 資 料					
処 理 欄	<input type="checkbox"/> 再交付通知 (平成・令和 年 月)				
	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 ※写真の表示あり1部 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ 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 ()				
	<input type="checkbox"/> 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
			回 収 年 月 日	未 回 収 整 理	