

国民健康保険証（兼高齢受給者証）再交付申請書

令和 年 月 日

松川町長 様

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の続柄

.....

電 話

.....

下記のとおり、被保険者証・高齢受給者証 の再交付を申請します。

被保険者証の記 号番号	松川 氏				
再交付を 被保険者 申請する	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	個 人 番 号
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
再交付申請の 理由	1. 紛失 2. 汚損・破損 3. その他（下記に理由を記入）				
誓約書	被保険者証・受給者証を発見したときは、再交付された被保険者証・受給者証を速やかに返還いたします。なお、紛失のため生じた事故については貴町に負担をかけないことを誓約いたします。 令和 年 月 日 氏名				受領印
					印

***** 以下、町記載欄 *****
処理伺い

上記のとおり申請がありましたので、保険証・受給者証の再交付をしてよろしいか伺います。

身分証明書確認		受付年月日	年	月	日
警察への届け出		決裁			
旧証回収		課長	係長	係	
滞納状況					
備考					

委任状

松川町長 様

令和 年 月 日

申請者 (委任をする人・世帯主) 住所 _____
 氏名 _____ ⑩
 電話 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

松川町国民健康保険の

- 国民健康保険証（兼高齢受給者証）の再発行の手続き及び受領に関すること

代理人 (委任を受けた人) 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来 庁 者 (委 任 を 受 け た 人) の 確 認	<p>(1点確認)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 () <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p>【① - ③の証の発行・登録番号等.....】</p> <p>(2点確認)</p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p><input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/> 証書 (手帳) 証・種類名等 (.....)</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等.....】</p> <p>⑤ その他の書類等 (.....)</p>
---	---