胎内市国民健康保険　被保険者証等再交付申請書

（あて先）　胎内市長

被保険者証記号・番号	胎内									

被保険者	氏　　名	生　　年　　月　　日	個　人　番　号
		昭・平・令　　年　　月　　日	
		昭・平・令　　年　　月　　日	
		昭・平・令　　年　　月　　日	
		昭・平・令　　年　　月　　日	
		昭・平・令　　年　　月　　日	

再交付する証明書	１．被保険者証 ２．限度額適用・標準負担額減額認定証 ３．限度額適用認定証 ４．特定疾病療養受療証
申請の理由	１．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　）

上記について再交付申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所　胎内市

個人番号

世帯主氏名

申請者氏名　（世帯主の場合は記入不要）

電話番号　（　　）

別世帯の方が申請・受領する場合は下記の欄も記入してください。

【委任欄】再交付を受ける申請を次の者に委任します。

令和　　年　　月　　日

委任する人（申請者）氏　名　㊞（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人　住　所

氏　名

電話番号　（　　）

委任する人との関係

職員処理欄			
	交付年月日	令和　　年　　月　　日　交付・郵送	
	交付方法	１．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　）	
	本人確認方法	１．顔写真付きの公的証明書 ２．顔写真なしの公的証明書２点以上 ３．確認が取れないため郵送交付	受付担当者名

被保険者証の再交付において、世帯主の本人確認ができた場合は、申請書への個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。