

再 交 付 申 請 書

(国民健康保険被保険者証)

別府市長あて

下記のとおり再交付を申請します。

なお、紛失した証を発見した際は、ただちに市に返還することを誓約します。

被保険者証 記号番号	べっふ				申請日	年	月	日
被保険者氏名			性別	生年月日		再交付理由		
			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損・破損	
個人番号						<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他	
			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損・破損	
個人番号						<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他	
			男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損・破損	
個人番号						<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他	
申請人 (世帯主)	住所							
	氏名	印						
	電話			個人番号				
代理人 <small>※世帯主本人以外が申請する場合</small>	住所							
	氏名	印						
	電話			<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他 (世帯主から見た関係:)				
身元確認				番号確認				
I 個力・運免・バス・住カ・障手・在カ・他()				<input type="checkbox"/> 提示有り 個力・通カ・住民票・他()				
II 健保・介保・年手・他() + II 健保・介保・年手・他()				<input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名、CS、)				
II 健保・介保・年手・他() + III 納通・他()				代理権確認				
□氏名 □住所 □生年月日 □写真		□氏名 □住所 □生年月日 □写真		□委任状 □その他(コピー添付)				
記号番号		記号番号						
期限/交付日 . .		期限/交付日 . .						

決裁欄	課長	係長	審査	交付	受付	窓口交付・郵送		
						交付年月日	年	月 日
						証期限	年	月 日