

# 国民健康保険 被保険者証・高齢受給者証 再交付等申請書

入力日

届出日 年 月 日

豊島区長

住所	豊島区 (建物名)	丁目	番	一	号	方
----	--------------	----	---	---	---	---

記号番号	—
------	---

太線の枠内だけご記入ください

氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	再交付する証
1		男・女	昭・平 西暦 年 月 日	世帯主 (他)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
個人番号 (紛失・住所変更・氏名変更のみ)					
氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	再交付する証
2		男・女	昭・平 西暦 年 月 日	世帯主 (他)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
個人番号 (紛失・住所変更・氏名変更のみ)					
氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	再交付する証
3		男・女	昭・平 西暦 年 月 日	世帯主 (他)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
個人番号 (紛失・住所変更・氏名変更のみ)					
氏名	フリガナ	性別	生年月日	続柄	再交付する証
4		男・女	昭・平 西暦 年 月 日	世帯主 (他)	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証
個人番号 (紛失・住所変更・氏名変更のみ)					

確認書類	<input type="checkbox"/> A…いずれか1点 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 他 ( )	旧	—
	<input type="checkbox"/> B…いずれか2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 他 ( )		—
	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未到来 <input type="checkbox"/> 本日完納	保険料	—
	<input type="checkbox"/> 未納あり <input type="checkbox"/> 賦課変有 ⇒収納担当への連絡 済・不要		—
確認事項 <input type="checkbox"/> 3点確認済み <input type="checkbox"/> 発行期日・有効期限 <input type="checkbox"/> アプリ中 (在・パ)			確認済

世帯主氏名	届出人氏名 <input type="checkbox"/> 左記世帯主と同じ	届出人電話番号 (自宅・携帯)
		( )
個人番号 (上欄で記入済みの場合は不要)	届出人と世帯主の関係 本人・同一世帯員・代理人	代理人委任状持参の有無 有・無

<再交付等の事由> <input checked="" type="checkbox"/> 住所変更 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名変更 <input checked="" type="checkbox"/> 破損・汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 在留期限更新 <input checked="" type="checkbox"/> 証更新・戻・所在不明 <input checked="" type="checkbox"/> 他 ( )	宛名番号
	旧番号 <input type="checkbox"/> 同一人 <input type="checkbox"/> 同一人
在留期限 (外国籍の方のみ)	
西暦 年 月 日	
交付 ・通知書 ( ) ・納付書 ( )月 ・他 ( )	
一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 手書留 <input type="checkbox"/> 手普通 <input type="checkbox"/>	
受付 入力 検査 交付	

署名 署取人	保険証を受領しました
※代理人受領及び本人確認未の場合は裏面署名	