

## 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者記号・番号			
住所	七尾市		
世帯主	氏名：	男・女	
	生年月日：	年	月 日生
	個人番号：		
交付対象者	氏名：	男・女	
	生年月日：	年	月 日生
	個人番号：		
再交付対象物	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

七尾市長

上記のとおり申請します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

申請者    住所(同上□) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

交付対象者との関係 ( ) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※本人、同一世帯員、送付先設定者、法定代理人以外の方が申請する場合、委任状が必要です。

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)		番号確認
	1点 (写真付)	2点	
<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 同一世帯	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 送付先	<input type="checkbox"/> 障害者手帳		<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他

受付印

受付 \_\_\_\_\_