

記入例

北海道国民健康保険

- 被保険者証
 被保険者証兼高齢受給者証

再交付申請書

記入日

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

申請者(世帯主)

住所 旭川市

氏名

電話番号 () -

個人番号 - -

世帯主様の住所・氏名等を記入

窓口に来た方
(世帯主以外の場合)

住所 旭川市

氏名

電話番号 () -

区分 世帯主と同じ世帯の方 ・ 代理人(関係)

ご依頼主様の住所・氏名等を記入

被保険者番			
再交付が必要な方の氏名・生年月日等を記入			
氏名	性別	生年月日	個人番号
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
	男・女	昭・平・令 年 月 日	
申請事由 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 ・ <input type="checkbox"/> 盗難 ・ <input type="checkbox"/> 破損 ・ <input type="checkbox"/> 汚損 ・ <input type="checkbox"/> 未着 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()			

該当する事由に○印を付けてください

- ※ 事故防止のため、世帯主の住民登録上の住所以外へ転送することは、原則できません。
- ※ 特別な事情があって転送を希望される場合は、転送が必要の場合は記入してください
- ※ 転送は、今回の申請分に限りです。

転送を希望する理由

転送先住所

世帯主との関係

転送先電話番号 () -

処理欄	交付方法	郵送 ・ 窓口	交付年月日	令和 年 月 日
	本人確認書類	顔写真付(1点) <input type="checkbox"/> マ <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> その他() 顔写真無(2点) <input type="checkbox"/> 健 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 児 <input type="checkbox"/> 社 <input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> その他()		
備考			処理	