

国民健康保険被保険者証紛失(返還不能)届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

		受 付 印
受付者	確認者	

被保険者番号				来庁者氏名		世帯主との続柄
被保険者氏名	生年月日	個人番号	世帯主との続柄			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 代理人
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）	代理人住所 (世帯員以外 の場合)		
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）			
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）	来庁者本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険料決定通知書 <input type="checkbox"/> 年金関係書類 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）			
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> （ ）			
再交付申請・ 返還不能の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 ()			再交付する被保険者証 の交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(本人確認書類不足時)	
					紛失等被保険者証 の交付年月日	年 月 日

- 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
- 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾道市長 様

年 月 日

住所 尾道市 町 番 号
丁目 番地
世帯主氏名 電話
世帯主個人番号

※ 該当する□をチェックしてください。

国民健康保険被保険者証紛失(返還不能)届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

		受付印
受付者	確認者	

被保険者番号	08765432			来庁者氏名	尾道 花子	世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 代理人
被保険者氏名	生年月日	個人番号	世帯主との続柄	代理人住所 (世帯員以外 の場合)		
尾道 太郎	S30年〇月〇日	0123 0123 0123	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()			
花子	S31年〇月〇日	1234 1234 1234	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()			
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()	来庁者本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険料決定通知書 <input type="checkbox"/> 年金関係書類 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()			
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()			
再交付申請・ 返還不能の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 ()			再交付する被保険者証 の交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(本人確認書類不足時)	
				紛失等被保険者証 の交付年月日	年 月 日	

- 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾道市長 様

令和4年 5月 1日

住所 尾道市 久保一 町 15 番 1 号
丁目 番地
世帯主氏名 尾道 太郎 電話 38-9142
世帯主個人番号 0123 0123 0123

※ 該当する□をチェックしてください。