

(宛先) 枚方市長 **枚方市 国民健康保険（資格確認書・資格情報のお知らせ・高齢受給者証）再交付申請書**

下記のとおり、国民健康保険（資格確認書・資格情報のお知らせ・高齢受給者証）の再交付を申請します。なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに破棄または返還します。  
 (太枠内に記入してください。)

申請年月日		令和 年 月 日			別世帯の代理人により申請する場合は、委任状および代理人の本人確認書類が必要		
申請者	住所				電話番号	( ) -	
	氏名				国保加入世帯の世帯主との続柄	本人・夫・妻・子・ ( )	
国保加入世帯の住所・世帯主	※ 申請者と同じ場合は記入不要 (住所) (世帯主氏名) (世帯主TEL)						
再交付を必要とする方	氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	再交付を希望する書類	マイナンバー	
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
		昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 高齢受給者証		
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・上記の発生場所 → <input type="checkbox"/> 不明 ・記号・番号 (分からない場合は記入不要) → 枚国					受付印	
本日、上記書類を受領しました。受領者氏名		受付者	内部	支援措置			
記号	番号	交付方法	履歴入力	本人確認			個人番号確認
枚国		<input type="checkbox"/> 窓口で手渡し <input type="checkbox"/> 特定記録 <input type="checkbox"/> 普通郵便	<input type="checkbox"/> 履歴入力	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等		

ご記入の上、返信用封筒にてご送付ください。