

国民健康保険被保険者証等交付(再交付)申請書

被保険者証記号番号

17-

年 月 日

(宛先)座間市長

住 所 座間市

申請者(世帯主) 氏 名

電話番号

個人番号

※個人番号は、番号の記載された書類が確認できる場合のみ記入

この申請書の記入者

住 所

(世帯主と異なる場合に記入)

氏 名

続 柄

次のとおり被保険者証の交付(再交付)を申請します。

氏 名	生年月日	個人番号
	昭・平・令 ・	
	昭・平・令 ・	
	昭・平・令 ・	
	昭・平・令 ・	
	昭・平・令 ・	
申請の種類 (該当に☑)	① <input type="checkbox"/> 被保険者証の再交付 ③ <input type="checkbox"/> 被保険者資格・加入期間証明書の交付 ② <input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証の再交付 ④ <input type="checkbox"/> 修学者被保険者証の交付	
必要とする理由 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 破損のため <input type="checkbox"/> 盗難にあったため <input type="checkbox"/> 修学により住所を離れるため <input type="checkbox"/> その他(具体的な理由を記入)	
必要とする期間 (③、④の申請)	年 月 日 から 年 月 日 まで ※ 決定期間(保険者記入) 年 月 日 ~ 年 月 日	
必要とする方の 転出先住所 (④の申請)	〒	
学校等の名称 (④の申請)	修学年限	年 在学年 年
	※ 添付確認(保険者記入) <input type="checkbox"/> 在学・在園証明書 <input type="checkbox"/> その他(

処理欄

本人確認の方法		
① 顔写真付公的身分証明書 <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"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他	② 市役所からの送付書類等 (※2種類以上の確認) <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 医療証等 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 窓口交付済み <input type="checkbox"/> 未交付(証発送不要) <input type="checkbox"/> 未交付(郵送) <input type="checkbox"/> LINE(郵送) 証明書(~ /) 発送日(~ /)
③ 個人番号確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号記載)		担当者