

再 交 付 申 請 書

(国民健康保険被保険者証)

別府市長あて

下記のとおり再交付を申請します。

なお、紛失した証を発見した際は、ただちに市に返還することを誓約します。

被保険者 記号・番号	べっふ				申請日	年 月 日				
被保険者氏名				性別	生年月日		再交付理由			
				男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他			
個人番号										
				男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他			
個人番号										
				男・女	年 月 日		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他			
個人番号										
申請人 (世帯主)	住所									
	氏名									
	電話					個人番号				
代理人 <small>※世帯主本人以外が申請する場合</small>	住所									
	氏名									
	電話					<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> その他(世帯主から見た関係:)				
身元確認					番号確認					
I 個力・運免・バス・住カ・障手・在カ・他()					<input type="checkbox"/> 提示有り 個力・通カ・住民票・他()					
II 健保・介保・年手・他() + II 健保・介保・年手・他()					<input type="checkbox"/> 提示無し 職権(宛名、CS、)					
II 健保・介保・年手・他() + III 納通・他()					代理権確認					
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真 記号番号					<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(コピー添付)					
<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 写真 記号番号										
期限/交付日 . . .					期限/交付日 . . .					

決裁欄	課長	係長	審査	交付	受付	窓口交付・郵送			
						交付年月日	年 月 日		
						証期限	年 月 日		