



国民健康保険被保険者証再交付申請書 国民健康保険高齢受給者証

(宛先) 高松市長

被保険者証の記号番号						
香川1						

申請日	令和 年 月 日	申請理由	令和 年 月 日ごろ	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 汚損						
				<input type="checkbox"/> その他 ()								
誓約	紛失した国民健康保険被保険者証 (年 月 日 交付)・高齢受給者証 (年 月 日交付) を発見したときは、ただちに返還します。			再交付の必要な被保険者				資格	種別			
				氏名	生年月日	続柄	性別					
申請人	世帯主	住所 高松市 町 丁目 番 号 TEL ()		フリガナ		昭平令 年 月 日		男女	一退高	通短資		
		個人番号										
		氏名(フリガナ)		生年月日	性別	フリガナ	昭平令 年 月 日		男女	一退高	通短資	
			明大昭平令 年 月 日	男女	個人番号							
	代理人	氏名(フリガナ)		世帯主との続柄 ()		フリガナ		昭平令 年 月 日		男女	一退高	通短資
		TEL		()		個人番号						
				フリガナ		昭平令 年 月 日		男女	一退高	通短資		
				個人番号								

※ 本人確認できる書類をコピーの上、添付すること
(顔写真付き以外の身分証の場合、氏名がわかるもの2点以上必要)

個人番号 確認欄	確認書類	1.個人番号カード 2.個人番号通知カード 3.個人番号が記載された住民票等	職権	・不明 ・拒否 ・その他 ()
-------------	------	--	----	------------------------

申請者確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 国保料納入通知書 <input type="checkbox"/> 年度被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付	本庁	証作成済	保険証	枚
			総合センター 支所 出張所		高齢証	枚

／ 出張所 便
／ 自宅郵送

係