

国民健康保険被保険者証等 再交付申請書

気仙沼市長 宛

下記のとおり、国民健康保険被保険者証等の再交付を申請します。
 また、紛失した被保険者証等により保険者（気仙沼市）が損害を受けた場合は、私が全ての責任を負い、決して保険者（気仙沼市）に迷惑をかけないことを誓約いたします。

申請日	令和 年 月 日	
申請者	氏名	個人番号 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	気仙沼市
	連絡先	() <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他 ()

※太枠内にご記入ください。

はあてはまるものにチェック () してください。

住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ (<input checked="" type="checkbox"/> のみで記入不要)		世帯主名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ (<input checked="" type="checkbox"/> のみで記入不要)		被保険者証記号・番号 み気 A
	被保険者氏名	生年月日	性別	申請する証	申請理由	備考
1	(フリガナ) 個人番号	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証等 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> ()	問合せ番号:
2	(フリガナ) 個人番号	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証等 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> ()	問合せ番号:
3	(フリガナ) 個人番号	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証等 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> ()	問合せ番号:
4	(フリガナ) 個人番号	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証等 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> ()	問合せ番号:

※申請者の本人確認書類（マイナンバーカード表面・運転免許証など顔写真付きの書類1点、または年金手帳・保険証・住民票など氏名及び生年月日または住所を確認できる書類複数点）の写しを添付してください。

※「限度額適用認定証等」とは、限度額適用認定証、標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証のことです。 **※本人確認ができた場合は、個人番号の記載は不要です。**

処理欄	受付	受付場所・受付方法	本人確認書類 (写しを添付)	証の種類	交付方法	受付印
		<input type="checkbox"/> 保険年金課 <input type="checkbox"/> 唐桑総合支所 <input type="checkbox"/> 本吉総合支所 <input type="checkbox"/> 階上出張所 <input type="checkbox"/> 大島出張所 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> パスポート・在留カード <input type="checkbox"/> 年金手帳・年金証書 <input type="checkbox"/> 健康保険証・介護保険証 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マル学 <input type="checkbox"/> 短期証 <input type="checkbox"/> マル遠 <input type="checkbox"/> 資格証 <input type="checkbox"/> 住特 <input type="checkbox"/> 限度額証 <input type="checkbox"/> 限度額・減額証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()	