

国民健康保険

- | | |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者証紛失等届兼資格確認書・資格情報のお知らせ | 交付申請書 |

太枠の中を記入してください。

記号番号	高国 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 (返却 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ()	
再交付・交付を受ける被保険者				
氏名 (フリガナ)	世帯主との続柄	性別	生年月日 個人番号	再交付・交付する種別
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	<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
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子 <input type="checkbox"/> ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	<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
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の子 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	男・女	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	<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
令和 年 月 日				
(宛先) 高槻市長				
上記の理由により、再交付・交付を申請します。				
なお、紛失もしくは盗難にあった書等を発見したときは、直ちに返却することを誓約し				
世帯主 (申請者)				
住所 高槻市 _____				
氏名 _____ 電話番号 () _____				
代理人 ※				
住所 (<input type="checkbox"/> 同上) _____				
氏名 _____ 電話番号 () _____				

※世帯主以外の代理人による申請の場合に記入してください。
 なお、代理人による申請の場合は委任状が必要になります (同一世帯の世帯員による申請の場合には不要です)。

【高槻市処理欄】

受付者 	確認者	受付日 令和 年 月	確認欄 <input type="checkbox"/> 高齢証確認 <input type="checkbox"/> 番変確認 <input type="checkbox"/> 特別療養	備考欄
本人確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 郵送 (書留・普) <input type="checkbox"/> その他 ()			番号変更後の記号番号 高国 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
			口座振替 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (→対応 <input type="checkbox"/> 済) 旧国保・旧被扶養 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (→対応 <input type="checkbox"/> 済) 給付課非 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (→対応 <input type="checkbox"/> 済) 失業軽減 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (→対応 <input type="checkbox"/> 済)	