

国民健康保険

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

太枠の中を記入してください。

被保険者 記号番号	高国																	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				再交付する 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ます。																			
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 入力	確認者	受付日 令和 年 月 日	確認欄 <input type="checkbox"/> 高齢証確認 <input type="checkbox"/> 番変確認		備考欄 <input type="checkbox"/> 特別療養
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・普通） <input type="checkbox"/> その他（ ）			番号変更後の 記号番号 高国 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）		