

様式第8号(第9条関係)

国民健康保険 被保険者証(被保険者資格証明書)・高齢受給者証 再交付申請書

被保険者の記号・番号		記号	番号
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日 マイナンバー 個人番号
	①		____年 ____月 ____日
	②		____年 ____月 ____日
	③		____年 ____月 ____日
	④		____年 ____月 ____日
	⑤		____年 ____月 ____日
	⑥		____年 ____月 ____日
再交付申請の理由	紛失 ・ 未着 ・ 盗難 ・ 破損 ・ 汚損 その他()		
上記の通り申請します。			
年 月 日 (宛先)さいたま市長 住所 世帯主 氏名 個人番号 <input type="text"/> 電話番号 ()			
※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、下記の欄も記入してください。			
氏名		住所 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

事務処理欄

申請人		申請人の身元確認		番号補記欄			
<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 代理人		1点で保険証窓口交付可		世帯主			
世帯主の番号確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(顔写真有) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 住民票の写し(番号記載) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真有) <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()		①			
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(番号記載) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()		2点で保険証窓口交付可		②			
<input type="checkbox"/> 確認不可(忘・紛・拒・未) 担当 備考		<input type="checkbox"/> 保険証(健・介) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 納税通知書等 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他()		③			
		マイナンバー確認のみ可		④			
		<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他()		⑤			
				⑥			
				交付の別	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(/) 普通郵便 ・ 簡易書留		