



**記入例**  
**(本人が申請)**

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

下記のとおり再交付申請します。

世帯主 (申請者)	氏名	阿賀 太郎				住所	阿賀町津川 580 番地									
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
再交付する証		再交付を必要とする人														
		氏 名					生年月日									
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格証明書		阿賀 太郎					昭・平 25 年 1 月 1 日									
		男・女	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
							昭・平 年 月 日									
		男・女	個人番号													
再交付申請の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 更新時未着 <input type="checkbox"/> その他 ( )														

申請年月日	平成 28 年 1 月 1 日			
申請者	氏名	阿賀 太郎	上記世帯主との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の住所と同じ		電話 (0254) 92 -3111

**■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）**

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。			
	委任する権限	<input type="checkbox"/> 申請の権限 <input type="checkbox"/> 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。		
	委任者（世帯主）	氏名		印
	受任者	氏名		印
住所				

以下、町処理欄

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書 ( )
②	<input type="checkbox"/> 旧証（回収） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )

記入例  
(同一世帯員が申請)

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

町長様へ  
下記のとおり再交付申請します。

世帯主 (申請者)	氏名	阿賀 太郎				住所	阿賀町津川 580 番地										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
再交付する証		再交付を必要とする人															
		氏名						生年月日									
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証		阿賀 太郎						昭・平 25 年 1 月 1 日									
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		男・女		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証								昭・平 年 月 日									
<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		男・女		個人番号													
<input type="checkbox"/> 資格証明書																	
再交付申請の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 更新時未着 <input type="checkbox"/> その他 ( )															

申請年月日	平成 28 年 1 月 1 日												
申請者	氏名	阿賀 花子				上記世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。						
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の住所と同じ					電話	(0254) 92 -3111					

■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。															
	委任する権限	<input type="checkbox"/> 申請の権限 <input type="checkbox"/> 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。														
	委任者（世帯主）	氏名														印
	受任者	氏名														印
住所																

以下、町処理欄

決裁	課長	課長補佐	係長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書 ( )															
②	<input type="checkbox"/> 旧証（回収） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )															

記入例  
(その他が申請)

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

阿賀町長 様 下記のとおり再交付申請します。

世帯主 (申請者)	氏名	阿賀 太郎				住所	阿賀町津川 580 番地									
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
再交付する証		再交付を必要とする人														
		氏 名					生年月日									
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格証明書		阿賀 太郎					昭・平 25 年 1 月 1 日									
		男・女	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
							昭・平 年 月 日									
		男・女	個人番号													
再交付申請の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 更新時未着 <input type="checkbox"/> その他 ( )														

申請年月日	平成 28 年 1 月 1 日			
申請者	氏名	阿賀 次郎	上記世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の世帯員 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 子 ) ※「その他」の場合、下記の委任状欄への記入・押印が必要となります。
	住所	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ 新潟市●●区△△ □-■		電話 (0254) 92 -3111

■申請者（窓口に来た人）が世帯主本人または同一世帯の世帯員以外の場合（必ず記入・押印）

委任状	私（世帯主）は、上記の申請者に、国民健康保険被保険者証等の再交付に係る権限を委任します。			
	委任する権限	<input checked="" type="checkbox"/> 申請の権限 <input checked="" type="checkbox"/> 証を受領する権限 ※証を受領する権限を委任しない場合、郵送により再交付します。		
	委任者（世帯主）	氏名	阿賀 太郎	印
		受任者	氏名	阿賀 次郎
	住所		新潟市●●区△△ □-■	

以下、町処理欄

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係	交付者	交付方法	交付年月日
						<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	年 月 日
					被保険者証番号		

●申請者の本人確認（①の書類の場合は1種類、①の書類がない場合2種類以上の②の書類の提示必要）

①	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他公的機関発行の顔写真付き身分証明書 ( )
②	<input type="checkbox"/> 旧証（回収） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )