

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

太枠の中を記入してください。

(あて先) 佐賀市長

下記のとおり申請します。

なお、今後の保管については、細心の注意をするとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、すみやかに返還します。

令和 年 月 日

世帯主

(申請者)

住所 佐賀市

窓口に来た人氏名 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( )

被保険者証 記号番号		申 請 理 由 該当する番号に○印をしてください。	1.紛失	2.盗難	3.汚損 破損	4.その他
		(注) 破損・汚損の場合は、その保険証を提出してください。		届出済 ・ 未届		
		紛失・盗難の場合 警察の届出				

被 保 険 者 氏 名		性 別	生 年 月 日				世帯主 との続柄	特定検診 受診 40歳以上の方	高齢受給者証 該当・非該当
1		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
2		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
3		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
4		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
5		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
6		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								
7		男・女	昭・平 令	年	月	日		済・未	該当・非該当 ( )
	マイナンバー								

事務処理欄					
本人確認方法	受付印	確認者	証種類	交付方法	受付者
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付) ( ) 番号( )			<input type="checkbox"/> 本証 <input type="checkbox"/> 短期証 <input type="checkbox"/> 連絡票	<input type="checkbox"/> 交 付 <input type="checkbox"/> 郵 送 ( / )	