

国民健康保険証・高齢受給者証再交付申請書

※ 太枠の中をご記入ください。

▶ 窓口に来られた方(申請者)

(あて先) 日野市長

申請年月日	年 月 日
申請者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人(対象者との関係:) ☎ ()
住 所 (方 書)	日野市

▶ 再交付する方(対象者)

記号・番号	35 ー .			
住 所 (方 書) <small>※申請者と同じ場合 住所の記載不要</small>	<input type="checkbox"/> 上記と同じ 日野市			
氏 名	世帯主との続柄	生 年 月 日	再交付の種類	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証	
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証	
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証	
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証	
	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 高齢者証	

▶ 再交付の理由

紛失の時期	年 月 日 時 分 頃
理 由	<input type="checkbox"/> 自宅で (紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 外出先で(紛失・盗難) [場所:] <input type="checkbox"/> その他 ()

本人確認	窓口交付	年 月 日 発送
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付) <input type="checkbox"/> その他()	郵 送 交付履歴 ok・本人に確認済	入力済印
<input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 各医療証(老・福・介・乳・親・障) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()	国保税 ok・納税課相談済	
	受付者	