

記入例

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 checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人(対象者との関係: )<br><b>日 野 花 子</b><br>電 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 |
| 住 所<br>(方 書) | <b>日野市 神明1-12-1-201</b>   |

▶ 再交付する方(対象者)

| 記号・番号                                      | 35 ー .   |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| 住 所<br>(方 書)<br>※申請者と同じ場合<br>住所の記載不要       | <input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ<br>日野市   |                            |  |
| 氏 名  | 世帯主との続柄  | 生 年 月 日                    | 再交付の種類   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input checked="" type="checkbox"/> 妻<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 昭和<br>平成<br>令和<br>○年 ○月 ○日 | <input checked="" type="checkbox"/> 保険証<br><input type="checkbox"/> 高齢者証 |
| <b>日野 次郎</b>                               | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 妻<br><input checked="" type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 昭和<br>平成<br>令和<br>○年 ○月 ○日 | <input checked="" type="checkbox"/> 保険証<br><input type="checkbox"/> 高齢者証 |
|  | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 妻<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他( )            | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日    | <input type="checkbox"/> 保険証<br><input type="checkbox"/> 高齢者証            |
|  | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 妻<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他( )            | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日    | <input type="checkbox"/> 保険証<br><input type="checkbox"/> 高齢者証            |
|  | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 妻<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> その他( )            | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日    | <input type="checkbox"/> 保険証<br><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)<br><input checked="" type="checkbox"/> 外出先で (紛失・盗難) [場所: 〇〇駅付近]<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |

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