

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

世帯主	住所	小松市〇〇町〇丁目〇〇〇番地		被保険者証 記号・番号	
	氏名	小松 太郎		小 〇〇〇〇〇〇	
再交付対象者	フリガナ	コマツ タロウ	性別	再交付する証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証（兼高齢受給者証） <input type="checkbox"/> 資格証明書
	氏名	小松 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証
	生年月日	昭和××年××月××日	女		<input type="checkbox"/> その他（ ）
	フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 被保険者証（兼高齢受給者証） <input type="checkbox"/> 資格証明書
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証
	生年月日	年 月 日	女		<input type="checkbox"/> その他（ ）
	フリガナ		性別		<input type="checkbox"/> 被保険者証（兼高齢受給者証） <input type="checkbox"/> 資格証明書
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証
生年月日	年 月 日	女	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 被保険者証（兼高齢受給者証） <input type="checkbox"/> 資格証明書		
氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証		
生年月日	年 月 日	女	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
理由発生年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
<p>(あて先) 小松市長</p> <p>上記の理由により、再交付の申請をします。</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">住 所 <u>小松市〇〇町〇丁目〇〇番地</u></p> <p style="text-align: right;">氏 名 <u>小松 太郎</u> (印)</p> <p style="text-align: right;">世帯主との続柄 (<u>本人</u>)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (<u>0761</u>) 〇〇-〇〇〇〇</p>					

※事務処理欄

受付	発行	郵送	申請者確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
		(/)		