

# 国民健康保険被保険者証再交付申請書

## 再交付郵送専用

申請日 年 月 日

※太枠内に記入又はチェックしてください。

申請人	氏名	申請する人との関係 ( )
	住所	連絡先 ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 )

世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 申請人と同じ	世帯主の職業
	連絡先 ( <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 )		<input type="checkbox"/> 会社員
	住所	<input type="checkbox"/> 申請人と同じ	<input type="checkbox"/> 自営

国民健康保険番号	
介護保険番号	

申請人が世帯主でない場合は、本日の手続についてどちらかにチェックしてください。

世帯主の了承を得ています。       世帯主に説明します。

再交付理由

国保       紛失等    不着    その他( )

申請する人	全員の氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	職業
1	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
		個人番号(マイナンバー)			
2	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
		個人番号(マイナンバー)			
3	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
		個人番号(マイナンバー)			
4	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
		個人番号(マイナンバー)			
5	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
		個人番号(マイナンバー)			

◎ 手続に必要なもの

① この国民健康保険被保険者証再交付申請書

② (世帯主の)本人確認書類のコピー

マイナンバーカード、運転免許証、旅券(パスポート)、身体障害者手帳など、公庁が発行した写真付きの証明書のコピー

○住民票が同一世帯の方(未成年の方は申請できません。)が申請される場合、その方の本人確認ができる書類のコピーで申請することができます。

○国民健康保険料の未納がある方は、事前に電話で相談いただくか、窓口で相談をしてください(郵送での申請はできません。)

備考					国保届出(申請)書受付状況		担当者処理欄		取得・開始		喪失・終了		本人確認		受付印		年金入力	
受付 入力 保険証 交付日 月 日 担当課確認					<input type="checkbox"/> 簡易申告書 <input type="checkbox"/> 送付先変更届 <input type="checkbox"/> 座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 減免申請書 <input type="checkbox"/> 非自発軽減申請書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証交付申請書 <input type="checkbox"/> 事業所確認 <input type="checkbox"/> 年金情報		<input type="checkbox"/> 任意継続説明 <input type="checkbox"/> 所得確認 <input type="checkbox"/> 社保等扶養説明 <input type="checkbox"/> 非自発説明 <input type="checkbox"/> 座振替説明 <input type="checkbox"/> 資格担当 ( ) <input type="checkbox"/> 保険料担当 ( ) <input type="checkbox"/> 給付担当 ( ) <input type="checkbox"/> 会社都合退職 <input type="checkbox"/> 自己都合退職 <input type="checkbox"/> 10日間・加入期間証明 <input type="checkbox"/> 旧国 <input type="checkbox"/> 旧国非 <input type="checkbox"/> 非自非 <input type="checkbox"/> 旧被扶養 ( )		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国組離脱 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 後期離脱 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 全喪 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 後期加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 個カード <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 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通帳・キャッシュ <input type="checkbox"/> その他 ( )		確認 <input type="checkbox"/> 連名簿 <input type="checkbox"/> 単票			
					交付日 月 日      回収日 月 日      郵送日 月 日													