

| | | | | | | | | |
|----|------------|------------------------------------|---|------|---|---|---|---|
| 係員 | 被保険者 台帳 | 国民健康保険税申告 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 確認者印 | 通 | 窓 | 学 | 高 齢 2 割 ・ 高 齢 3 割 |
| | | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード | | | | | |
| | | <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"/> 汚損被保険者証 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書 | <input type="checkbox"/> 委任状 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | () | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 原爆被爆者健康手帳 | | | | | | |

第6号様式 (第15条関係)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

| | | | | |
|---------------|---------|---------|------|--|
| 被保険者 記号・番号 | な が さ き | 0123456 | 個人番号 | |
| R 4年度保険証交付 | | | | |

| 被 保 険 者 名 | 氏 名 | 生年月日 | 続柄 | 氏 名 | 生年月日 | 続柄 |
|-----------------------|-------|---------------|---------------|-----|----------|----------|
| | | 長崎 太郎 | 昭平令 25・1・1 | 主 | | 昭平令 ・ |
| | 長崎 花子 | 昭平令 30・3・1 | 妻 | | 昭平令 ・ | |
| | | 昭平令 ・ | | | 昭平令 ・ | |
| | | 昭平令 ・ | | | 昭平令 ・ | |

紛失又は汚損の状況を記入してください。

昨日、病院から帰ったら紛失していた。

上記のとおり申請します。

令和 ●年 ●月 ●日

世帯主 住所 長崎市 ●● 町 ●丁目 ●番地
番 号

氏名 長崎 太郎
(電話番号 ●●●-●●●●-●●●●)

(代理の場合)

代理人 住所 長崎市 町 丁目 番地
番 号

氏名
(電話番号 - -)

(あて先) 長崎市長

- (添付書類等) ・世帯主及び代理人の身分証明 (運転免許証・パスポート・国民健康保険税納税通知書等)
- ・世帯主の委任状 (代理人が申請を行う場合)
- ・汚損した国民健康保険被保険者証