

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