

補佐	係長	担当

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

高島町長 高梨 忠博 殿

申請人氏名 _____

個人番号 _____

TEL: _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

住 所			
被保険者証の記号・番号	6 2 8 -		
被保険者証等の種別	被保険者証、被保険者証兼高齢受給者証、資格証明書、 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、 その他（ ）		
氏 名	性 別	生 年 月 日	
----- 個人番号			
1	男 女	年 月 日	
2	男 女	年 月 日	
3	男 女	年 月 日	
4	男 女	年 月 日	
5	男 女	年 月 日	

本人確認	1枚書類 (顔写真付)	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特永証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書		識 面 -----課
	2枚書類 (A+A又はA+B)	A	<input type="checkbox"/> 健保証 <input type="checkbox"/> 介保証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 印登証 <input type="checkbox"/> 学生証 (顔写真あり)	
		B	<input type="checkbox"/> 学生証 (顔写真なし) <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 公共料金領収書	