

# 国民健康保険被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証	記 号	番 号	
被保険者の氏名	性別	生年月日	個人番号
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
再交付申請の理由			
この欄には「紛失」等の再交付の理由を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 免許証・パスポート等			
<input type="checkbox"/> その他 [ ]			
上記のとおり申請します。			
申請される方の情報を記載してください。			
年 月 日			
申請者 住 所			
氏 名			
電 話			
つくば市長 宛て			

- 太枠の中すべてを記入してください。
- 個人番号（マイナンバー）はお手元にあるものですぐに確認できない場合は記入不要です。

受	番号確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認
付	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本人の保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ( )