

( 再 交 付 申 請 書 )

国民健康保険被保険者証

中津市国民健康保険者(中津市長) あて

令和 年 月 日

記 号 番 号	中 津 一
---------	-------

世 帯 主	住 所	中 津 市										
	氏 名	Ⓜ										
	生年月日	大・昭・平・令 . .	Tel	( ) -								
	個人番号											

届 出 人 <small>(世帯主の場合は記入不要)</small>	住 所	中 津 市										
	氏 名	Ⓜ										
	生年月日	大・昭・平・令 . .	世帯主との続柄									
	Tel	( ) -										

申請の理由	紛失・汚損・盗難(警察へ届済・未届) その他( )
-------	------------------------------

再交付が必要な被保険者氏名	生年月日	性別	個人番号											
	昭・平・令 . .	男・女												
	昭・平・令 . .	男・女												
	昭・平・令 . .	男・女												
	昭・平・令 . .	男・女												
	昭・平・令 . .	男・女												

申 請 者 確 認	1. 官公署発行の身分証明書 個人番号カード ( )・その他( ) 免許証
	2. 中津市職員による確認 (所属課 課・氏名 Ⓜ )

受 付

種 別 確 認
資格者証・全期証 短期証( )ヶ月

処 理 欄	
即日交付	/ 郵 送

被保険者証を受取りました。

署名 Ⓜ