

国民健康保険(被保険者証・被保険者資格証明書・高齢受給者証)再交付申請書

申請日	令和 年 月 日	被保険者証 記号番号	沖国	電話			
国保世帯主		印	住所	沖縄市			
※世帯主以外の方が申請する場合は、代理人欄にも記入してください。※別世帯の代理人は、委任状の添付をお願いします。							
代理人		印	住所				
世帯主との続柄			電話				
申請理由	1 紛失	いつ ところで					
	2 盗難等						
	3 汚損	(注意) 1 「紛失・盗難等」についてはその内容を書いてください。 2 「汚損」のときは、汚損した被保険者証等を添えてください。					
再交付申請をする(被保険者証・被保険者資格証明書・高齢受給者証)に記載されている人のお名前。							
フリガナ		性別	生年月日	フリガナ		性別	生年月日
氏名			個人番号	氏名			個人番号
世帯主		男・女	・	6		男・女	・
2		男・女	・	7		男・女	・
3		男・女	・	8		男・女	・
4		男・女	・	9		男・女	・
5		男・女	・	10		男・女	・
上記のとおり申請します。				受付		交付	
沖繩市長 様							
受付年月日	年 月 日	受付番号	NO	更新年月日	年 月 日		
仮保険証発行 (1週間)	受領者住所			再交付年月日			
有 ・ 無	受領者氏名			印	身分証明書	免許証 ()	
/ ~ /					その他 ()		
						()	