

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	和2年 1月 1	被保険者証 記号番号	沖国 不明な場合は空欄可	電話	098-000-000	
国保世帯主	沖縄 太郎 印	住所	沖縄市 仲宗根町26番1号			
※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 1週間前 ところで 自宅で				
	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	オキナワ タロウ 沖縄 太郎	男 女	S49・4・1	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	
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			身分証明書	免許証 ()	
/ ~ /		印			その他 ()	
					()	

記載方法

委任状

※必ず委任者がすべて記入してください

代理人住所			
代理人氏名			
代理人生年月日	大・昭・平・令	年	月
代理人電話番号	()		

代理人の住所・氏名・生年月日・電話番号。
世帯主が記入する。

上記の者を代理人とし、下記の沖縄市国民健康保険手続きに関する権限を委任します。
(委任する項目にチェックを入れ、納付相談の項目は委任期間に○をつけてください。)

- 国民健康保険の各種証明書取得に関する一切の権限
- 保険料の納付相談に関する一切の権限 (委任期間：今回のみ・今年度のみ・今回以降)
- 給付費の受領に関する権限
 - 出産育児一時金 葬祭費 高額療養費 高額介護合算療養費 療養費
 - 入院時食事療養費差額分 移送費 特例療養費 その他 ()
- 対象の期間 (年 月 ~ 年 月)
- 国民健康保険被保険者証の再発行の申請・受領に関する権限
- はり、きゅう、あん摩マッサージ指圧施術利用券交付申請及び受領
- その他 () に関する権限

令和 年 月 日

記載した日を記入

世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入。

印鑑(認印可)必須。
スタンプ印不可。

委任者住所			
委任者氏名	(印)		
委任者生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
委任者電話番号	()		

※代理人の方へ

代理人の方は本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)・はんこ(スタンプ印は除く)をご持参ください。窓口にて申請・交付時に本人確認を行います。

職員確認欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 保険手帳(国保・社保) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
	備考	