## 国民健康保険再交付申請書

宍粟市長 様

									令和	年	月	日	
ど	氏	(フリガラ	H)			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	····· <u>4</u>	E年月日	S·H·R	年	月	日	
な た	名 氏 (フリガナ) 名 (フリガナ) 氏 名						1	國人番号					
の								<del>····································</del>	S·H·R	<del></del> 年	 月	日	
もの								国人番号	9				
が									C II D				
必要								E年月日	S·H·R	年 ———	月 ———	日	
要 で	(フリガナ)							国人番号					
す		名						E年月日 	S·H·R	年 	月 ———	日	
か	【 <sup>□</sup> 】   ※必要なものに図をつけてください。						1	□人番号 ↑★↓₩	    在認ができたら	マイナンバー	は記載は不	要です	
必	〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜〜							↑本人確認ができたらマイナンバーは記載は不要です					
要								<del></del>					
な									報のお知らせ	(特別療養	Ē)		
もの	□ 限度額認定証/限度額適用·標準負担						負担額減	額認定証		特定疾病	療養受療 <u>這</u>	Œ	
			加入脱退	!証明書(	(証明希)	望期間			~		)		
理			紛失		破損		□	克 失		難	□ 未	着	
由			その他(									)	
届出人(世帯主) 住 所 宍!													
					日	名							
個人番号													
電話(							(		_	_		)	
								. —."					
申	請者	(世帯	主以外の	)場合)	住	所	□上記	と同し					
					日	、名							
 続 柄 (							(世帯	主からみて				)	
電話(							(		_	_		)	
	± /□ 7△ :	+, 17.1		<u>.</u>	!			<u> </u>	<del>                                     </del>				
初	<b>安保険</b>	有番 <sup>·</sup>	亏	<u> </u>	<u> </u>		I L						
	以下如		引)										
受	付 E	<u>-</u> []				窓口 番		成・交		窓口 本人	確認		
□ マイナンバーカード													
郵 送								□1点確認(写真有) 免許証・パスポート等〔 □2点確認〔				٦	
												ָּלָ <u> </u>	
									(			)	