様式第2号

国民健康保険被保険者証紛失（返還不能）届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

番　　号	有　無
身元確認	済　未
個カ・免・パ・障・保・年・介・（　　）	
代 理 権	有　無

受付者	確認者	受 付 印

被保険者番号				来庁者氏名		世帯主との続柄
被保険者氏名	生年月日	個人番号	世帯主との続柄			□本人 □妻 □夫 □子 □（　　） □代理人
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）	代理人住所（世帯員以外の場合）		
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）			
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）	来庁者本人確認書類	□ 運転免許証　□ 介護保険証 □ 健康保険証　□ 個人番号カード □ 保険料決定通知書 □ 年金関係書類（　　） □ その他（　　）	
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）			
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）			
	年　月　日		□本人 □妻 □夫 □子 □（　　）			
再交付申請・返還不能の理由	□ 紛失 □ 破損 □ 盗難 □ 未着 □ その他（　　）			再交付する被保険者証の交付方法	□ 窓口 □ 郵送（本人確認書類不足時）	
				紛失等被保険者証の交付年月日	年　月　日	

□ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
□ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾 道 市 長　様　　年　月　日

住所　尾道市　　町　　番　　号
丁目　　番地

世帯主氏名　　電話

世帯主個人番号

※ 該当する□をチェックしてください。

様式第2号

受付印		
受付者	確認者	

国民健康保険被保険者証紛失(返還不能)届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者番号	08765432			来庁者氏名	尾道　花子	世帯主との続柄
被保険者氏名	生年月日	個人番号	世帯主との続柄			☐本人 ☑妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　) ☐代理人
尾道　太郎	S30年〇月〇日	0123　0123　0123	☑本人 ☐妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　)	代理人住所(世帯員以外の場合)		
尾道　花子	S31年〇月〇日	1234　1234　1234	☐本人 ☑妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　)			
	年　月　日		☐本人 ☐妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　)	来庁者本人確認書類	☐ 運転免許証　☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証　☐ 個人番号カード ☐ 保険料決定通知書 ☐ 年金関係書類 (　　) ☐ その他 (　　)	
	年　月　日		☐本人 ☐妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　)			
	年　月　日		☐本人 ☐妻 ☐夫 ☐子 ☐(　　)			
再交付申請・返還不能の理由	☑ 紛失 ☐ 破損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他 (　　)			再交付する被保険者証の交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送(本人確認書類不足時)	
				紛失等被保険者証の交付年月日	年　月　日	

☑ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
☐ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾道市長　様　　令和4年　5月　1日

住所　尾道市　久保一　町　丁目　15　番　番地　1　号

世帯主氏名　尾道　太郎　　電話　38-9142

世帯主個人番号　0123　0123　0123

※ 該当する☐をチェックしてください。