

国民健康保険 再交付申請書

◎太枠内をご記入ください。

被 保 険 者 記 号 番 号	市 国	1	2	3	4	-	1	0	1	0	0	0	1
大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様													
令和 7 年 4 月 1 日													
組合員 住所		大阪府中央区本町〇丁目〇番〇号											
氏名		小売 太郎											
以下のとおり身元確認書類を添えて再交付を申請します。													

(1) 再交付を希望する被保険者

①	氏 名	小売 太郎	生年月日	昭・平・令	50年	1月	1日
	再交付を希望する書類： <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書(お知らせ) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証						
②	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	再交付を希望する書類： <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書(お知らせ) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証						
③	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	再交付を希望する書類： <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書(お知らせ) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証						
④	氏 名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
	再交付を希望する書類： <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書(お知らせ) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証						

(2) 再交付を申請する理由

<input checked="" type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 盗難	<input type="checkbox"/> その他 ()
--	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

(事務処理欄)

受付印

扱年度	
扱年月	
受付No.	

決 裁	常務理事	事務局長	課 長	係 長	係 員
	令和 年 月 日				
交付年月日		令和 年 月 日			