

国民健康保険  
資格確認書・資格情報のお知らせ 再交付申請書

太枠の中を記入してください。

|              |                                                                                                                            |     |                      |                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>記号番号 | 高国                                                                                                                         |     | 申請理由                 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損（返却 有・無）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 再交付を受ける被保険者  |                                                                                                                            |     |                      |                                                                                                                                |
| 氏名（フリガナ）     | 世帯主との続柄                                                                                                                    | 性別  | 生年月日<br>個人番号         | 再交付する<br>種別                                                                                                                    |
|              | <input type="checkbox"/> 世帯主<br><input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> （ ） | 男・女 | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ                                                           |
|              | <input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> （ ） | 男・女 | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ                                                           |
|              | <input type="checkbox"/> 子<br><input type="checkbox"/> 子の子<br><input type="checkbox"/> （ ）<br><input type="checkbox"/> （ ） | 男・女 | 昭和・平成・令和・西暦<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ                                                           |

令和 年 月 日

（宛先）高槻市長

上記の理由により、再交付を申請します。  
なお、紛失もしくは盗難にあった書等を発見したときは、直ちに返却することを誓約します。

世帯主（申請者）

住 所 高槻市

氏 名 電話番号 （ ）

代理人 ※

住 所 （ ☐ 同上）

氏 名 電話番号 （ ）

※世帯主以外の代理人による申請の場合に記入してください。

なお、代理人による申請の場合は委任状が必要になります（同一世帯の世帯員による申請の場合には不要です）。

【高槻市処理欄】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 受付者<br>入力                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 確認者 | 受付日<br>令和 年 月 日 | 確認欄<br><input type="checkbox"/> 番変確認 <input type="checkbox"/> 特別療養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 備考欄 |
| 本人確認書類<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 登記事項証明書<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障がい者手帳<br><input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 郵送（書留・普通）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |     |                 | 番号変更後の<br>記号番号 高国 - -<br>口座振替 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（→対応 <input type="checkbox"/> 済）<br>旧国保・旧被扶養 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（→対応 <input type="checkbox"/> 済）<br>給付課非 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（→対応 <input type="checkbox"/> 済）<br>失業軽減 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（→対応 <input type="checkbox"/> 済） |     |