

受付
印又は
自署

国民健康保険 紛失届

記号・番号	南九州市		
世帯主住所			
世帯主氏名			
紛失の理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. 破損・汚損・焼失 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()		
被保険者	氏名	生年月日	個人番号

上記のとおり、

- 資格確認書・資格情報のお知らせ
 - 特定疾病療養受療証
 - 限度額適用認定証
 - 限度額適用・標準負担額減額認定証
- の紛失を届出ます。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

電話番号

身分確認

顔写真付きの証明書(免許証など)

顔写真の無い証明書 ※2つ以上

(資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請のみ、申請者が世帯主でない場合には、上記に加え、こちらも記入して下さい)

申請者 住所

氏名

個人番号

電話番号

世帯主との関係

身分確認

顔写真付きの証明書(免許証など)

顔写真の無い証明書 ※2つ以上

南九州市長 様

別世帯 同一世帯

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

交付区分
チェック

<input type="checkbox"/>

- (注意)
- 破損または汚損により再交付を申請する場合は、その資格確認書・資格情報のお知らせを添付すること。
 - 紛失した資格確認書・資格情報のお知らせを発見した場合は、すみやかに返還すること。

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、国民健康保険制度に関する下記の事項の権限を委任する。

記

委任事項

- 資格確認書・資格情報のお知らせ
 - 特定疾病療養受療証
 - 限度額適用認定証
 - 限度額適用・標準負担額減額認定証
- の紛失に関すること

年 月 日

申請者 住所 _____
(世帯主) 氏名 _____

代理人 住所 _____
氏名 _____

世帯主との関係 _____