

係員	被保険者 台帳	国民健康保険税申告 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	確認者印	通	窓	学	高 齢 2 割 ・ 高 齢 3 割
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 汚損被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 原爆被爆者健康手帳					

第6号様式 (第15条関係)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者 記号・番号	な が さ き	個人番号				
		年度保険証交付				
被 保 険 者 名	氏 名	生年月日	続柄	氏 名	生年月日	続柄
		昭・平・令 ・ ・			昭・平・令 ・ ・	
		昭・平・令 ・ ・			昭・平・令 ・ ・	
		昭・平・令 ・ ・			昭・平・令 ・ ・	
		昭・平・令 ・ ・			昭・平・令 ・ ・	
紛失又は汚損の状況を記入してください。						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 長崎市 町 丁目 番地 番号</p> <p>氏名 _____ (電話番号 - -)</p> <p>(代理の場合)</p> <p>代理人 住所 長崎市 町 丁目 番地 番号</p> <p>氏名 _____ (電話番号 - -)</p> <p>(あて先) 長崎市長</p>						

- (添付書類等) ・世帯主及び代理人の身分証明 (運転免許証・パスポート・国民健康保険税納税通知書等)
 ・世帯主の委任状 (代理人が申請を行う場合)
 ・汚損した国民健康保険被保険者証