

国民健康保険 被保険者証・高齢受給者証 交付申請書

- ・国民健康保険の被保険者証及び被保険者証兼高齢受給者証の再交付申請に使用します。
- ・学生又は施設等入所者の特例により北見市の国民健康保険の被保険者となる申請手続きに使用します。

<対象者>

被保険者番号	北見 ー												
	被保険者氏名	生年月日	続柄	個人番号									
1		年 月 日	世帯主から見て										
2		年 月 日	世帯主から見て										
3		年 月 日	世帯主から見て										
4		年 月 日	世帯主から見て										

<申請理由> （該当する理由の欄に記入）

再交付	破損・紛失・その他（ ） 警察届出（済・未・不要）												
学生	該当年月日	年 月 日											
	被保険者の住所												
	学校の名称												
	所在地	都・道・府・県						市・区・町・村					
	修学年限	年制			申請時の学年			年					
	卒業予定年月日	年 月 日											
施設等	該当年月日	年 月 日											
	施設の所在地												
	施設の名称												

<申請者> （国民健康保険の世帯主）

北見市長 様		(申請日)		年	月	日							
上記のとおり申請いたします。													
フリガナ				生年月日	年	月 日							
氏名	署名				個人番号								
					電話番号	ー	ー						
住所	(建物名等)												

北見市使用欄

本人確認	提出方法	確認事項	異動年月日	事由	受付
①番・免・ハ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員()	証明書(済・後日) 退職(無・本・扶) 証(作・郵)			
②保・年金・パス・ 社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 同住() <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段		有効期限		
③ヒア	保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送		国保番号		
			宛名番号		

