

国民健康保険被保険者証紛失届出書・紛失届出書

仙台市 **青葉** 区長

年月日 **令和〇年 〇月 〇日**

保険証に記載の番号を記入
してください。

申請者・届出人	被保険者証	記号 仙台	番号 1 2 3 × × × ×	(世帯の国民健康保険の記号・番号をご記入ください)	
	世帯主氏名	(フリガナ) センダイ タロウ	仙台 太郎		
	世帯主住所	仙台市 青葉 区 国分町3丁目7-1			
	届出人氏名	仙台 太郎	電話番号	(090) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	世帯主との続柄	本人	届出人が世帯主と同一の世帯に属する方以外の場合には、別途委任状が必要です。		

▼該当する番号の□に✓を入れてください。

証種別	証種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者証（保険証） <input type="checkbox"/> 2. 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 3. その他	3の場合は証種別をご記入ください

再交付・紛失の場合	事由	<input type="checkbox"/> 1. 破損・汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 紛失 <input type="checkbox"/> 3. 盗難 <input type="checkbox"/> 4. その他	1は破損・汚損した証を添付してください 2・3は警察署への届出状況をご記入ください（ 未届け ・届出済み） 届出済みの場合の届出先（ _____ 警察署・交番） 4は事由をご記入ください （ _____ ） ※紛失した被保険者証等を発見したときは、速やかにご返還願います
	事由発生日	年 月 日	（1～4が発生した日をご記入ください）

交付の場合	届出事由	<input type="checkbox"/> 1. 住民票の異動届を提出した際に被保険者証等を持参しなかったため <input type="checkbox"/> 2. 郵送交付の際に被保険者証等を受け取れなかったため <input type="checkbox"/> 3. その他	3の場合は事由をご記入ください

交付が必要な方	氏名	生年月日
	仙台 花子	昭和〇年 〇月 〇日
		年 月 日
		年 月 日

仙台市使用欄	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送（年 月 日）	(処理)	受付	入力	確認	(收受印)
	本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 被保険者証（旧証） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		課長	係長	担当	
	証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証（一般） <input type="checkbox"/> 被保険者証（退職） <input type="checkbox"/> 受給者証（3割） <input type="checkbox"/> 受給者証（2割・1割）	(決裁)				
	入力区分	回収区分 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 発行区分 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済					