

課長	班長	担当者

## 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証番号 \_\_\_\_\_

氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日
1 国保 太郎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	世帯主	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> S・H・R 25年12月1日
2			男・女	S・H・R 年 月 日
3			男・女	S・H・R 年 月 日
再交付を希望する方についてご記入ください				
			男・女	S・H・R 年 月 日
5			男・女	S・H・R 年 月 日

再交付申請の理由(該当箇所を○で囲む)

ア、紛失                      イ、汚損                      ウ、破損                      エ、その他

上記の理由により、  
 国民健康保険被保険者証  
 国民健康保険高齢受給者証                      の再交付を申請いたします。  
 国民健康保険標準負担額減額認定証

なお、紛失した国民健康保険被保険者証等を発見した場合は、ただちに返還することを約束します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

世帯主(届出人)

個人番号                      1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

申請者

住 所                      潟上市 天王字棒沼台226-1

氏 名                      国保 太郎

潟 上 市 長                      様

電 話                      0 1 8 - 8 5 3 - 5 3 1 3

受付者	
届出人 確認欄	

申請  
委任  
欄

本申請を届出人に委任します。

世帯主 個人番号

住 所

氏 名