

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

能代市長 様

令和 年 月 日

下記書類の再交付を申請します。なお、後日、紛失した被保険者証等を発見したときは、すみやかに返還いたします。また、紛失により生じる事故については、一切わたしの負担とし、貴市に迷惑をかけません。

被保険者番号	世帯主	住所	(電話)
		氏名 (署名又は記名押印)	
		個人番号	- -

届出人(世帯主以外の場合) (電話)

住所

氏名
(署名又は記名押印) (続柄)

個人番号 - -

再交付を申請する書類	対象者氏名	生年月日	性別
		個人番号	
<input type="checkbox"/> 被保険者証			
<input type="checkbox"/> 遠隔地用被保険者証			
<input type="checkbox"/> 学生用被保険者証			
<input type="checkbox"/> 食事療養標準負担額減額認定証			
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証			
<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額認定証			
<input type="checkbox"/> その他()			
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 破損		

※ここから下には記入しないでください。

本人確認		受付日	受付印		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 交付 R . .			
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード					
<input type="checkbox"/> その他(2つ以上)	()	<input type="checkbox"/> 郵送 R . .			
台帳処理	備考	備考	課長	係長	担当