

国民健康保険 被保険者証等再交付申請書

年 月 日

日野町長 様

住所

世帯主 氏名

㊞

電話番号

下記の理由により、国民健康保険被保険者証等の再交付を申請します。

			記号・番号	滋日	
被 保 険 者	フリガナ		性別	個人番号	
	氏名		男・女	生年月日 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証・被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証・国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険特定疾病療養受療証				
	フリガナ		性別	個人番号	
	氏名		男・女	生年月日 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証・被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証・国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険特定疾病療養受療証				
	フリガナ		性別	個人番号	
	氏名		男・女	生年月日 年 月 日生	
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証・被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証・国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 国民健康保険特定疾病療養受療証				
	再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 紛失等の前に被保険者証等を確認したのは 月 日・旬 頃			

処 理 欄	交付方法	(郵送 月 日)	窓口
	回収	(済 月 日)	未
	本人確認方法	1点 : 個人番号カード 免許証 パスポート 在留カード 障害者手帳 他() 2点 : 保険証 年金手帳 児扶手 特児 通知等 他() 対面 氏名 No.または確認者【 】	

※ 申請書提出に際しての来庁者が、被保険者本人、世帯主又は同一の世帯員でない場合は、証の再交付は原則郵送となります。