

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-----|---------|
| 記 号 番 号 | | 6 4 - | | |
| 番 号 | 被 保 険 者 氏 名 | 生 年 月 日 | 性 別 | 世帯主との続柄 |
| 1 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 2 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 3 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 4 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 5 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 6 | | S・H・R 年 月 日 | 男・女 | |
| 申請理由 ○ 紛失したため : 年 月 頃 ○ 汚したため : 証回収・未回収 ○ 破ったため : 証回収・未回収 ○ その他 : _____ | | | | |
| 再発行するもの ○ 被保険者証（一般・退職） ○ 給付証明書 ○ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ○ 特定疾病療養受領証 | | | | |

上記のとおり申請します。

なお、紛失した被保険者証等を発見した場合は、国保年金課へ返却いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所
(世帯主) 氏名

届出者 住所
(窓口に来た方) 氏名
電話番号

愛 川 町 長 殿

| | | | | | | | |
|--------|----|----|-----|-----|------|-----------------------------|------------------------|
| 決 裁 | 課長 | 主幹 | 副主幹 | 合 議 | 受付者 | 証作成 | 年 月 日 |
| | | | | | | 証交付 | 年 月 日 (窓 口 ・ 郵 送) |
| | | | | | 身元確認 | 免・パ・個・住・在・身・他 () (NO.) | |