

※赤枠の中を記入してください。

再交付を希望するものに○をつけてください。

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

再 交 付 す る 証	① 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証 5. 標準負担額減額認定証 6. 特定疾病療養受療証 7. 被保険者資格証明書					
	氏 名	性 別	生 年 月 日	被保険者証記号番号	個人番号	
被 保 険 者	大宮 花子	男(女)	平成5年6月15日	再交付を希望する対象者の、 ・氏名 ・性別 ・生年月日 を記入してください。		
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
		男・女	年 月 日			
申 請 の 理 由	1. 破 損 2. 汚 損 3. 盗 難 ④ 紛 失 5. 焼 失 6. 未 着 7. その他()					
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 再交付を申請する理由に○をつけてください。					
申請日を記入してください。		世帯主	住 所 常陸大宮市中富町3135番地の6			
世帯主の方の現住所と氏名を記入してください。			氏 名 大宮 太郎			
			個人番号			
		届出人	住 所 常陸大宮市中富町3135番地の6			
記入する方の現住所・氏名・電話番号をご記入のうえ、押印してください。 (朱肉を使う印鑑) ※同一世帯の方がご記入ください。			氏 名 大宮 太郎 印			
			電話番号 0295(52)1111			
常陸大宮市長 様						
確 認 欄	1 運転免許証 2 パスポート 3 医療受給者証 4 その他官公署発行の免許証等 5 その他()					