

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

太枠の中を御記入ください。

被保険者記号・番号	み利 A			
フリガナ	生年月日	性別	世帯主との続柄	証の種別 ※該当するものに☑
被保険者氏名				
個人番号	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者証(兼高齢受給者証) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (限度額適用・標準負担減額認定証) <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> その他( )
個人番号	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者証(兼高齢受給者証) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (限度額適用・標準負担減額認定証) <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> その他( )
個人番号	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		<input type="checkbox"/> 被保険者証(兼高齢受給者証) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 (限度額適用・標準負担減額認定証) <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 <input type="checkbox"/> その他( )
再交付申請事由 ※該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他( )			
上記事由 発生年月日	令和 年 月 日頃			
上記のとおり再交付を申請します。 なお、失った被保険者証等を発見したときは、速やかに利府町に返還します。 令和 年 月 日 申請者(世帯主) 住所 _____ 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ 電話番号 ( ) _____ 届出者氏名(世帯主の場合記入不要) _____ (印) 利府町長 殿				

本人確認欄	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 保険証、 <input type="checkbox"/> 診察券、 <input type="checkbox"/> 、 <input type="checkbox"/> )	