

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

平成 年 月 日

大雪地区広域連合長 様

世帯主

住 所

氏 名

印

電話番号

下記のとおり再交付を申請します。

被保険者証の記号・番号			
再交付を希望する被保険者の 個人番号（マイナンバー）			
再交付を希望する被保険者名	生 年 月 日	性別	世帯主との続柄
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
再 交 付 す る 証 明 書 等	1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 標準負担額減額認定証（若年） 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証（前期高齢） 5. 特定疾病療養受療証		
	再 交 付 申 請 理 由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚失 4. その他（ ）	
備 考 （来庁者が世帯主 以外の場合記入）	来庁者 氏名	印	世帯主との関係
	住所		TEL

国民健康保険被保険者証等再交付申請書【記載例】

平成29年 4月 1日

大雪地区広域連合長 様

世帯主

住所 上川郡東川町東町1丁目16番1号

氏名 広域 太郎 印

電話番号 0166-82-3697

下記のとおり再交付を申請します。

被保険者証の記号・番号	東川 123456		
再交付を希望する被保険者の個人番号（マイナンバー）	123456789012		
再交付を希望する被保険者名	生 年 月 日	性別	世帯主との続柄
広域 太郎	明・大・昭・ 平	男	本人
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
	明・大・昭・平		
再交付する 証明書等	① 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 標準負担額減額認定証（若年） 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証（前期高齢） 5. 特定疾病療養受療証		
再交付 申請理由	① 紛失 2. 破損 3. 汚失 4. その他（ ）		
備考 （来庁者が世帯主 以外の場合記入）	来庁者 氏名	印	世帯主との関係
	住所		TEL