国民健康保険被保険者証等再交付申請書

（宛先）志摩市長

次のとおり、国民健康保険被保険者証等の再交付を申請します。

申請者（世帯主）　住　所

氏　名

個人番号

届出人（窓口に見えた方）　住　所

氏　名　　印

（押印に代えて署名することができます）

個人番号

世帯主との続柄　（本人・夫・妻・子・　　）

連 絡 先　（　　）

※ご本人であることを確認できるもの（免許証や保険証など）の掲示をお願いします。

被保険者証記号番号				
種別	□被保険者証　□資格証明書　□限度額適用認定証 □限度額適用・標準負担額減額認定証　□減額認定証 □特定疾病療養受療証			
再発行する被保険者氏名	氏　名	生年月日	再交付事由	個人番号
		年　月　日	□紛失　□破損 □その他（　　）	
		年　月　日	□紛失　□破損 □その他（　　）	
		年　月　日	□紛失　□破損 □その他（　　）	
		年　月　日	□紛失　□破損 □その他（　　）	
		年　月　日	□紛失　□破損 □その他（　　）	
本人確認欄	□保険証　□運転免許証　□住基カード　□個人番号カード　□その他（　　）			

受付印

処理	発行	照合

※　再発行した証のコピー添付