国民健康保険被保険者証等再交付申請書

再交付を希望する証の種別	被保険者証 被保険者証兼高齢受給者証 標準負担額減額認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証 限度額適用認定証 その他（　　）
世帯主の氏名	
世帯主の生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日
世帯主の個人番号	
被保険者証の番号	
再交付申請理由	紛失 盗難 その他（　　）

	氏　　名	生年月日	個人番号
対象者氏名・生年月日		S H R　.　.	
		S H R　.　.	
		S H R　.　.	
		S H R　.　.	
		S H R　.　.	

備　考 （身分を証明する書類がない場合は世帯全員の名前、生年月日をご記入ください）	

上記のとおり再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

加　東　市　長　様

申請者　住　所　加東市

氏　名

電　話

【処理欄】

申請者	世帯主・その世帯の被保険者・代理人（委任状が必要）
本人確認方法	免許証等・マイナンバーカード・その他（ 被保険者証・　　）

証交付日	受付	受付者氏名
／	市民課、保険医療課	