

課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険被保険者証

再交付申請書

国民健康保険高齢受給者証

記号番号	氏名	続柄	性別	生年月日	
				個人番号	
			男・女	S H R	年 月 日
			男・女	S H R	年 月 日
			男・女	S H R	年 月 日
			男・女	S H R	年 月 日
再交付申請理由		1. 紛失    2. 毀損    3. その他			
亡失の状況					

亡失した  国民健康保険被保険者証  国民健康保険高齢受給者証  
により、貴町に損害をかけた場合には、私が全責任をもって弁償をすることを誓約し、再交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 吾川郡いの町  
氏名  
個人番号  
TEL

いの町長 様

代理人 住所  
氏名  
TEL

世帯主との関係

本人確認 (有・無)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (写真 有・無) <input type="checkbox"/> 健康保険証・高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 (証書) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------	---	--