再　国民健康保険　被保険者証 高齢受給者証　再交付・返還　申請書

被保険者証記号番号	御

	氏名	性別	生年月日 個人番号
被保険者		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号
		男・女	明・大・昭・平　・ 個人番号

再交付申請理由	紛失 ・ き損 ・ 焼却 ・ その他（　　）

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

世帯主　住所　御宿町

氏名　　印

個人番号

御宿町長　あて

※処理欄

番号確認 ： 番号カ・通知カ・住民票・他（　　） 身分確認 ： （1点）番号カ・免・旅券・他（　　） （2点）通知カ・保・他（　　）	台帳確認		被保証	