

再

国民健康保険 被保険者証 高齡受給者証 再交付・返還 申請書

被保険者証記号番号		御										
被 保 険 者	氏名	性別	生 年 月 日				個 人 番 号					
			昭・平・令				・		・			
	男・女	昭・平・令				・		・				
	男・女	昭・平・令				・		・				
	男・女	昭・平・令				・		・				
	男・女	昭・平・令				・		・				
男・女	昭・平・令				・		・					
男・女	昭・平・令				・		・					
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。												
令和 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：番号力・通知力・住民票・他（ ）				台帳確認		被保証				
		身分確認：（1点）番号力・免・旅券・他（ ）										
		（2点）通知力・保・他（ ）										