

課長		課長補佐		係長		係	
----	--	------	--	----	--	---	--

受付印

国民健康保険再交付申請書

再交付する被保険者の氏名 個 人 番 号	生 年 月 日	再 交 付 が 必 要 な も の	再交付 の理由
	昭平令 年 月 日	☐ 被保険者証(兼高齢受給者証) ☐ 限度額適用認定証 ☐ 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 ☐ 特定疾病療養受療証	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 未着
	昭平令 年 月 日	☐ 被保険者証(兼高齢受給者証) ☐ 限度額適用認定証 ☐ 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 ☐ 特定疾病療養受療証	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 未着
	昭平令 年 月 日	☐ 被保険者証(兼高齢受給者証) ☐ 限度額適用認定証 ☐ 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 ☐ 特定疾病療養受療証	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 未着
	昭平令 年 月 日	☐ 被保険者証(兼高齢受給者証) ☐ 限度額適用認定証 ☐ 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 ☐ 特定疾病療養受療証	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 未着
上記の者の再交付を申請します。			
令和 年 月 日			
仁 淀 川 町 長 様			
世帯主 住所 仁淀川町			
氏名			
申請者 住所			
(代理人) 氏名			
世帯主との続柄			
電話番号			
役場記入欄 (申請者の方は記入不要)	(申請者本人確認) ☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障がい者手帳 ☐ 保険証 + ☐ 介護保険証 + ☐ 年金証書 + ☐ ※顔写真の無いものは2点以上確認。		
	(交付) 令和 年 月 日 ☐ 窓口交付 ☐ 郵送交付 ☐ 世帯主 ☐ 申請者 ☐ ※本人確認ができない場合や同一世帯員ではない場合は、窓口交付不可・世帯主へ郵送。		
	(備考)		