

国民健康保険被保険者証再交付

限度額適用・標準負担額減額認定証再交付

申請書

特定疾病療養受療証再交付

記号・番号	平内一	証添付の有無	有・無
-------	-----	--------	-----

理由	1. 汚損・破損 2. 紛失 3. 天災 4. 焼失 5. 盗難 6. その他()
----	---

契約事項	紛失した被保険者証、限度額適用・減額認定証、特定疾病受療証によって、私の責任に帰するような事故があった場合は、その一切の責任を負います。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 住所 平内町大字 字 世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 平内町長様
------	--

	氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)【12桁】
被保険者		男・女	昭・平・令 年 月 日	
氏名・性別		男・女	昭・平・令 年 月 日	
生年月日		男・女	昭・平・令 年 月 日	
個人番号		男・女	昭・平・令 年 月 日	

届出人(申請者) ※申請者が世帯主ではない場合記入 住所 氏名 (印) 電話番号 (世帯主との続柄:)

* 再交付後に紛失した証を発見したときは、その発見した証をすぐに返還してください。
* 汚損・破損したための申請のときは、「汚損・破損した証」を添付してください。
* 証を盗難にあった場合は、必ず最寄りの警察署へ届出をしてください。