

国民健康被保険者証・高齢受給者証再交付申請書

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|--|--|--|-------|--|--|----------|-------------------|
| 被保険者証の記号・番号 | 村上 | | | | | | | 再交付申請の理由 | ①紛失 ②破損 ③汚した ④その他 |
| 世帯主氏名 | | | | | | | | | 生年月日 |
| | | | | | | | | | 年 月 日 |
| 住所 | 村上市 | | | | | | | | |
| 再交付する証明書 | 被保険者の氏名 | | | | 生年月日 | | | | 続柄 |
| | 被保険者の個人番号 | | | | | | | | |
| ① 被保険者証 ② 高齢受給者証 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| ① 被保険者証 ② 高齢受給者証 | | | | | 年 月 日 | | | | |

上記のとおり再交付申請します。

年 月 日

申請人(世帯主) 氏名 _____

(宛先)村 上 市 長

| | | | |
|-------------------|---|------|---------|
| 届出人 (窓口に来られた方) | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者(下記の欄は記入不要) <input type="checkbox"/> 同一世帯員(下記の氏名、電話番号を記入) <input type="checkbox"/> 代理人(下記の欄をすべて記入) | | |
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 住所 | | | 世帯主との続柄 |

※ 不正に保険証を使用した人は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----|-----|---------|--------|-------|----|----|--|
| ※ 以下の欄は記入しないでください。 | | | | 交付年月日 | 年 月 日 | | | |
| 確認の方法 | | | | 保険証の状況 | 受付 | 入力 | 審査 | |
| 身分証 | 免許証 | 保険証 | 個人番号カード | その他 | 交付・郵送 | | | |