

交付 伺	課長	課長補佐	係長	係員

国民健康保険 被保険者証等再交付申請書

(一般・退職)

**マイ
ナンバー
を記入**

被保険者証記号・番号
小千谷 000

交付年月日
令和 年 月 日

個人番号			被保険者氏名	性別	生年月日
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	小千谷 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男・女	昭平令 28 年 1 月 1 日
				男・女	昭平令 年 月 日
				男・女	昭平令 年 月 日
				男・女	昭平令 年 月 日
				男・女	昭平令 年 月 日
				男・女	昭平令 年 月 日
				男・女	昭平令 年 月 日

再交付するものと申請の理由に
○をつける

- 被保険者証
- 被保険者資格証明書
- 特定疾病療養受療証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証

申請の理由
紛失・破損

その他()

確認等
個人番号カード・免許証・旧保険証
郵送・その他()

上記のとおり、申請します。

令和 **3**年**4**月**1**日

世帯主 住所 小千谷市 **城内2丁目7番5号**

氏名 **小千谷 太郎** 個人番号

届出人 住所 小千谷市 **城内2丁目7番5号**

氏名 **小千谷 花子**

小千谷市長 あて

委任欄	再交付を受ける申請を次の者に委任します。	
	令和 年 月 日	受任者 住所
	委任者 氏名	氏名
	<p style="text-align: center;">別世帯の方が申請する場合は、委任欄に記入・押印する</p>	電話番号

取扱場所

片貝・川井・東山・岩沢・真人