

国民健康保険被保険者証 再交付申請書

太枠内の記入をお願いします。

<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>柏崎市長 様</p> <p>紛失により生ずる事故及び診療費については、当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけません。 紛失した保険証を発見したときは返還します。</p>	<p style="text-align: center;">被保険者証番号</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">保険証種別</p> <p>一般 退職（本 扶） （ 普通 短期 資格 ）</p> <p style="text-align: center;">受付印</p>
世帯主	<p>住 所 柏崎市</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 () -</p>

	被 保 険 者 氏 名	続 柄	再交付を希望する理由
再 交 付 を 希 望 す る 方	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 <div style="font-size: 2em; margin-top: 10px;">}</div>
	個人番号		
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)		
	個人番号		
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)		
	個人番号		
	(昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日)		
	個人番号		

申請人	<p>上記世帯主との関係</p> <p><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の家族</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ---▶ 委任状が必要</p>	<p>氏名（世帯主以外の場合記入）</p>
-----	---	-----------------------

申請にあたっては、申請人が世帯主本人または、同一世帯の家族であることが確認できるものをご持参ください。

※ ご本人確認ができない場合、窓口交付ではなく郵送交付とさせていただきます。（職員記載欄）

確認資料	免許証	交付年月日	令和 年 月 日		
	パスポート	証有効期限	令和 年 月 日		
	個人番号カード	交付方法	窓口		郵送
	()	負担割合	割	受 付 者	