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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　 　年　 　月　 　日  柏崎市長　様  　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。 | | 被保険者証番号 |
|  |
| 保険証種別 |
| 普通　 短期　 資格 |
| 受付印 |
| 世帯主 | 住　所　柏崎市  氏　名  電　話（　　　　）　　－ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 再交付を希望する方 | 被　保　険　者　氏　名 | 続柄 | 再交付を希望する理由 |
| （ 昭 ・ 平 ・ 令 　　年　　月　　日） |  | * 盗難 * 紛失 * 破損   □　その他 |
| 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 | 上記世帯主との関係   * 本人　　　　□　同一世帯の家族   □　その他　　　　　　委任状が必要 | 氏名（世帯主以外の場合記入） |

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