|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **国民健康保険** | □被保険者証□高齢受給者証□限度額・標準負担額減額適用認定証 | **再交付申請書** |
| 令和　　年　　月　　日　浅川町長　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、貴町に負担をかけません。　紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。 | 受付印 |
| 世帯主住　　所　浅川町大字 | 　　 |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　）　　　　　― |
|  |
| 申請人　　　※世帯主と申請人が同一の場合は、記入不要住　　所　　　氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **再交付申請理由****□　紛失　　□　汚損　　□　その他****（ ）** |  | 記　　号 | 島-70 |
|  | 番　　号 |  |
| 確 認  | フ　リ　ガ　ナ | 続柄 | 生 年 月 日 |
| 氏名 |
| 個 人 番 号 |
| □交付□書留 |  | 　 | 　 | 昭 ・ 平 ・ 令 ・西暦・ 　・ |
|  | 　 |
|  |
| □交付□書留 |  | 　 | 　 | 昭 ・ 平 ・ 令 ・西暦・ 　・ |
|  | 　 |
|  |
| □交付□書留 |  |  |  | 昭 ・ 平 ・ 令 ・西暦・ 　・ |
|  |  |
|  |
| □交付□書留 |  | 　 | 　 | 昭 ・ 平 ・ 令 ・西暦・ 　・ |
|  | 　 |
|  |
| 確認事項　免許証・パスポート・個人番号カード・職員確認（　　　　　）　その他（具体的に記載のこと。） |
| □旧被保険者証回収 | 課長 | 課長補佐 | 担当者 | 受付者 |