|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |