

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	受付印
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。	
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		記 号	島-70
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()		番 号	
確 認	フリガナ	続 柄	生 年 月 日
	氏 名		個 人 番 号
<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 書留			昭・平・令・西暦 ・
<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 書留			昭・平・令・西暦 ・
<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 書留			昭・平・令・西暦 ・
<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 旧被保険者証回収		課 長	課 長 補 佐
		担 当 者	受 付 者