

国民健康保険

☐資格確認書

☐資格情報のお知らせ

☐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。 紛失した各種証等を発見したときは、直ちに返還します。		
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 ☐ 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			昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦 ・ ・		
☐ 交付 ☐ 書留			昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦 ・ ・		
☐ 交付 ☐ 書留			昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦 ・ ・		
☐ 交付 ☐ 書留			昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 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。)					
□旧証等回収		課長	係員	担当者	受付者