

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

芦別市長 様

住 所

申請者 世帯主名

電 話 (— —)

下記のとおり、身分を証する書類を添えて、再交付の申請をします。

記

被保険者記号・番号		芦 (枝番)		保険証区分		一般	退本	退扶	高齢一般	
世帯主	氏 名	個人番号		生年月日		年 月 日				
再交付を受ける被保険者				再交付申請をする証の種類				再交付申請の理由		
氏名		1 国民健康保険被保険者証	4 標準負担額減額認定証	7 限度額適用・標準負担額減額認定証				年 月 日		
生年月日	年 月 日	2 資格証明書	5 特定疾病療養受療証	8 特別療養証明書				1 破損 3 紛失 5 その他		
個人番号		3 高齢受給者証	6 限度額適用認定証					2 汚損 4 盗難 ()		
氏名		1 国民健康保険被保険者証	4 標準負担額減額認定証	7 限度額適用・標準負担額減額認定証				年 月 日		
生年月日	年 月 日	2 資格証明書	5 特定疾病療養受療証	8 特別療養証明書				1 破損 3 紛失 5 その他		
個人番号		3 高齢受給者証	6 限度額適用認定証					2 汚損 4 盗難 ()		
氏名		1 国民健康保険被保険者証	4 標準負担額減額認定証	7 限度額適用・標準負担額減額認定証				年 月 日		
生年月日	年 月 日	2 資格証明書	5 特定疾病療養受療証	8 特別療養証明書				1 破損 3 紛失 5 その他		
個人番号		3 高齢受給者証	6 限度額適用認定証					2 汚損 4 盗難 ()		
氏名		1 国民健康保険被保険者証	4 標準負担額減額認定証	7 限度額適用・標準負担額減額認定証				年 月 日		
生年月日	年 月 日	2 資格証明書	5 特定疾病療養受療証	8 特別療養証明書				1 破損 3 紛失 5 その他		
個人番号		3 高齢受給者証	6 限度額適用認定証					2 汚損 4 盗難 ()		
申請者の身分確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()									
※ 決 裁 欄	課長	係長	係	受付	再交付年月日 年 月 日					
					却下 理由					
	右のとおり決定してよろしいか。				旧証回収年月日 年 月 日					

(注) ※欄は記入しないでください。