

	課長 支所長	審議員 課長補佐	係長	係	受付	受付者
専決					令和 年 月 日	

被保険者証  
 限度額適用・標準負担減額認定証  
 特定疾病療養受療証

**国民健康保険 再交付申請書**

被保険者証番号		0 0					
再交付の対象となる被保険者	氏名	性別	世帯主との続柄	生年月日			
	(氏) (名)	男 女		昭平令	年	月	日
	個人番号						
	(氏) (名)	男 女		昭平令	年	月	日
	個人番号						
	(氏) (名)	男 女		昭平令	年	月	日
	個人番号						
	(氏) (名)	男 女		昭平令	年	月	日
	個人番号						
	(氏) (名)	男 女		昭平令	年	月	日
個人番号							

再交付申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 減失</li> <li>・ き損</li> </ul> <p style="text-align: right;">※どちらかに○をつけてください</p>
----------	--

上記のとおり申請します。

なお、今後は被保険者証等を減失または、き損することのないよう充分注意いたします。  
また、減失した被保険者証等が不正に使用された場合は、その一切の責任を当方で負うことを確約します。

令和 年 月 日

住所 上益城郡山都町

氏名(世帯主)

個人番号

山都町長 様

(受領者)

個人番号

〈連絡先〉

(注)「特定疾病療養受領証」の再交付は、世帯主への郵送により行います。