国民健康保険再交付申請書

確認欄
・運転免許証 ・身分証明書 ・その他 確認内容 （　　） 担　当

□　被保険者証（兼高齢受給者証）
□　限度額適用認定証
□　特定疾病療養受療証

被保険者証番号	
住　　所	加西市

被保険者氏名	性　別	続柄	区　分	生　　年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日
	男・女		一般 退職	年　　月　　日

下記理由により、国民健康保険被保険者証等を再交付していただきたく申請いたします。

記

１．理由　　□紛失　　□汚損　　□破損　　□記載欄不足
２．状況（　　）

なお、紛失しました被保険者証等を発見いたしましたら、直ちにお返しますとともに、紛失についての一切の責任は私が負います事を誓約いたします。

年　　月　　日

加　西　市　長　　様

申請者　住所

氏名　　続柄

電話番号