再　　交　　付　　申　　請　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 入　力 | 確　認 | 被保険者証の記号番号 |
|  |  |  |
| 記　号 | 指国保 | 番　号 |  |
| 被保険者氏名 | 個人番号 | 生　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭・平　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭・平　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭・平　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭・平　　年　　月　　日 |
|  |  | 昭・平　　年　　月　　日 |
| 再交付する証の種類１．国民健康保険被保険者証(兼 高齢受給者証)　　２．限度額適用(・標準負担額減額)認定証３．標準負担額減額認定証　　４．特定疾病療養受療証 |
| 　再交付申請理由　１．紛失　　２．破損　　３．盗難　　４．その他（　　　　　　　） |
| 誓約書 | このたび，（１・２・３・４）を再交付申請しますが，再交付後発見した時は，ただちに市に返還します。また，今後これにともなって発生する貴市の損害については，私が一切の責任を持つことを誓約いたします。 |
| 上記のとおり申請いたします。平成　　　年　　　月　　　日指 宿 市 長 　殿世帯主　　住　　所　　指宿市　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　※本人確認　運転免許証　第（　　　　　　　　　　　　）号その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）（申請者が世帯主でない場合に記入して下さい。）　　住　　所　　指宿市　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　続柄　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　※代理者確認　運転免許証　第（　　　　　　　　　　　　）号その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※個人番号確認書類：　個人番号カード・番号通知カード