

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・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 年 月 日		
				昭・平・令 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。 年 月 日 指 宿 市 長 殿 世帯主 住 所 指宿市 _____ 氏 名 _____ (印) 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 _____ (印) 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