

# 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。						
令和      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      _____						
<p style="text-align: right;">【本人確認書類】マイナンバーカード・運転免許証 (                    )・ 手帳(身・精・療)・その他 (                    )</p> <p style="text-align: right;">【個人番号確認書類】マイナンバーカード・通知カード</p>						
(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      _____						
<p style="text-align: right;">【本人確認書類】マイナンバーカード・運転免許証 (                    )・ 手帳(身・精・療)・その他 (                    )</p> <p style="text-align: right;">【個人番号確認書類】マイナンバーカード・通知カード</p>						