

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

1. 再交付を希望するものをチェックして下さい。

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保険証 | <input type="checkbox"/> 一部負担金免除証明書 | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 | | <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 |
| <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 | | |

2. 受付窓口へ持参するもの(郵送の場合は写しを添付してください。)

- 本人が確認できる書類(※顔写真のないものは2点以上必要です)
- 個人番号(マイナンバー)が確認できる書類
- 提出者が代理人の場合は、委任状の添付(押印必要)

被保険者証の記号番号		島 8 3 -		
被 保 険 者 証 (再 交 付 対 象 者)	氏名・個人番号		性別	
			生年月日	
			男・女	(昭・平・令) 年 月 日
	個人番号			
			男・女	(昭・平・令) 年 月 日
	個人番号			
			男・女	(昭・平・令) 年 月 日
	個人番号			
再発行申請の理由		紛失・破損・汚損・盗難・棄損・その他		

- ※1 破損又は汚損により再交付を希望する場合は、その破損又は汚損した被保険者証を添付すること
- ※2 紛失した被保険者証等を発見した場合は、速やかに返還すること。
- ※3 代理人の場合、委任状(押印あり)と代理人の本人確認書類が必要です。
- ※4 郵送での受取りの場合は、避難先登録住所へ通常郵便にて送付いたします。

上記のとおり申請します。

大熊町大字

年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

個人番号(12桁)

電 話 番 号

大 熊 町 長 様

伺	適法と認められるので処理してよろしいか		
	年 月 日		
決 裁	課 長	係 長	係
	年 月 日		

市 町 村 処 理 欄			
窓 口	受 付 者	本 人 確 認	個 人 番 号 の 確 認
<input type="checkbox"/> 大熊			
<input type="checkbox"/> 会津			
<input type="checkbox"/> いわき			
<input type="checkbox"/> 郡山	再発行日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 郵送	郵送日(受渡日)	年 月 日	