国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証記号・番号	□被保険者証（兼高齢受給者証）　□特定疾病受療証 □限度額適用−標準負担額限度額認定証　□資格証明書
茅　・	

再交付対象者	被保険者氏名	生　年　月　日	個人番号
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

理由	□ 保管場所不明　□ 落とした　□ 盗難　□ 廃棄　□ 未着 □ 破損・汚損　□その他（　　）

上記のとおり申請します。

紛失等により生ずる事故及び診療費については当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけません。

また、紛失等した上記証を発見したときは、すみやかに返還します。

年　　月　　日

（宛先）茅　野　市　長

申請者（世帯主）　住　所 ……

氏　名 ……

個人番号 | | | | | | | | | | | | |

電　話 ……－……－……

窓口に来た人　住　所 □ ……

↑世帯主と同住所の場合はチェックのみ

※世帯主の場合は記入不要

氏　名 ……

※別世帯の場合は委任状が必要です。

世帯主との続柄 ……

電　話 ……－……－……

処理欄	本　人　確　認	証発行	受付
	個人番号カード・免許証 旅券・在留カード・保険証・年金手帳・障害手帳 通帳・診察券・その他（　　）	□ 窓口 □ 郵送　／	