国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証番号（　　）

	被保険者（交付者）氏名	生年月日
1	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日
2	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日
3	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日
4	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日
5	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日
6	マイナンバー	昭 平 令　年　月　日

◎　□ 紛　失　　□ 汚　損　　□ 破　損　　□ 盗　難

上記の理由により、被保険者証を再発行していただきたく申請します。

なお、紛失しました被保険者証を発見しましたら、直ちに発見した被保険者証をお返ししますと共に、紛失についての一切の責任は私が負いますことを誓約します。

◎　□ 未　着

加古川市から送付された被保険者証が、まだ届いていないようですので、交付を申請します。

万一、当該被保険者証が、後日到着した場合等で被保険者証が重複したときには、直ちにお返ししますことを誓約します。

年　　月　　日

加古川市長様

世帯主　住所　　代理人　住所

氏名　　氏名

電話　　電話

ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ　　続柄

◎太枠内をご記入ください。

本人確認	運転免許証　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ パスポート その他（　　）	交付方法	窓口 ・ 郵送
番号確認	済　・　未済	受付	
代理権確認	済　・　未済	確認	