受付印

担当	係長	副課長	課長

国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証　再交付申請書

被保険者証番号		世帯主氏名	

	被保険者氏名	生年月日
1 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
2 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
3 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
4 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
5 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
6 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
7 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日
8 個人番号		昭和・平成 令和・西暦　　年　　月　　日

再交付理由
1．紛失のため　　2．破損、汚損のため　　3．その他（　　）
（注）破損、よごれ等で再交付の場合は、旧の被保険者証を添付してください。

上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
なお、紛失した被保険者証を発見した場合は、直ちにお返しします。

三　木　市　長　様　　令和　　年　　月　　日

住　　所

世帯主名

個人番号

電　　話　（　　）　　－

来庁者氏名

（世帯主と異なる場合のみ）　個人番号

1．郵送	2．交付	免許証・パスポート（　　） （　　）	収納	可・相談済