

国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

地域事務所名

国民健康保険被保険者	記号	番号	届出にきた人の氏名				世帯主との関係
	14						
	世帯主氏名			個人番号			
	氏名			続柄	性別	生年月日	再交付申請をするもの <input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証
	1	個人番号					
	氏名			続柄	性別	生年月日	再交付申請をするもの <input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証
	2	個人番号					
	氏名			続柄	性別	生年月日	再交付申請をするもの <input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証
	3	個人番号					
	氏名			続柄	性別	生年月日	再交付申請をするもの <input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証

記入不要

介護保険	被保険者番号				再交付する証明書				
					1. 被保険者証 2. 負担割合証 3. その他()				
	個人番号								
	フリガナ		被保険者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所				性別	男・女			

記入不要

紛失等で被保険者番号が不明の場合、記入不要

後期高齢者医療	被保険者番号								再交付する証明書			
	0	1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2. 資格証明書 <input type="checkbox"/> 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 4. 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 5. その他()			
	個人番号								記入不要			
	フリガナ		ナカノ タロウ		生年月日	明・大	昭	年	4	月	20	日
	被保険者氏名		中野 太郎		性別	男	女					

該当に○

国民健康保険被保険者証・介護保険の被保険者証等・後期高齢者医療被保険者証等を、下記の理由により再交付申請します。なお、後日発見の際は、ただちに返還します。

申請者 = 被保険者

申請日 2020年 11月 19日

再交付申請の理由 紛失 盗難 焼失 未着 書替(汚損・破損) その他()

住所 中野区中野4-8-1

申請者 氏名※ 中野 太郎 電話 03 (0000) ΔΔΔΔ

※国民健康保険にあっては世帯主

住所 中野区南台5-5-5

代理人 中野 一郎 電話 080 (ΔΔΔΔ) □□□□ 本人との関係 長男

該当に○

受付	代理人 = 申請書記入者 (本人が記入した場合は記入不要) ※代理人の方が被保険者と同じ住所の場合は「同上」可	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 旧証回収))	受付番号
----	---	---	------