

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

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
	1				男女	明・大・昭・平	<input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証
		個人番号				年 月 日	<input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証
	2	氏名			続柄	性別	生年月日
		個人番号				男女	明・大・昭・平
	3	氏名			続柄	性別	生年月日
		個人番号				男女	明・大・昭・平

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				生年月日	明・大・昭			
	被保険者氏名				性別	年 月 日			
	住所				電話 ()				
	※医療保険者名				※医療保険被保険者証記号番号				

※は2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみ記入

後期高齢者医療	被保険者番号				再交付する証明書				
					1. 被保険者証 2. 資格証明書 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証 4. 特定疾病療養受療証 5. 限度額適用認定証 6. その他()				
	個人番号								
	フリガナ				生年月日	明・大・昭			
	被保険者氏名				性別	年 月 日			

住所 電話 ()

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。

中野区長あて

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

令和 年 月 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()			
申請者	住所	氏名※	電話	()
※国民健康保険にあつては世帯主				
代理人	住所	氏名	電話	()
				本人との関係

受付	入力	交付	<本人確認欄> <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 保険料領収書 <input type="checkbox"/> 公共料金領収書 <input type="checkbox"/> 旧証回収 <input type="checkbox"/> 本籍() <input type="checkbox"/> その他()			受付番号
----	----	----	--	--	--	------

※コード 紛失:31 未着:32 書替:21