

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					
	氏名					
	1		女	年	月	日
	個人番号					
	氏名					
	2		男	年	月	日
	個人番号					
	氏名					
3						
個人番号						

窓口交付ができない場合、後日被保険者本人に郵送させていただくことになります。(送付先を設定されている場合はその送付先)

紛失等で被保険者番号が不明の場合、記入不要

該当に○

介護保険	被保険者番号										再交付する証明書				
	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	① 被保険者証	2. 負担割合証	3. 負担限度額認定証	4. その他()	
	個人番号										記入不要				
	フリガナ		ナカノ タロウ												
	被保険者氏名		中野 太郎						生年月日	昭和12年4月20日					
									性別	男・女					
住所		中野区中野4-8-1 電話 03 (0000)XXXX													
※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	4. 特定疾病療養受療証		
											2. 資格証明書	5. 限度額適用認定証		
											3. 限度額適用・標準負担額減額認定証	6. その他()		
	個人番号													
フリガナ														
被保険者氏名								生年月日	年 月 日					
								性別	男・女					
住所		電話 ()												

国民健康保険被保険者証・介護保険の被保険者再交付申請します。なお、後日発見の際は、た										医療被保険者証等を、下記の理由により			
申請者=被保険者										該当に○			
申請者の理由										今日の日付			
住所										令和元年 10月24日			
氏名※										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			
氏名※										中野 太郎 電話 03 (0000)XXXX			
住所										中野区南台5-5-5			
氏名										中野 一郎 電話 080(△△△△)□□□□			
本人との関係										長男			

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

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										受付番号
※コード											