

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	年 月 日			<input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証		
	個人番号										
	氏名			続柄	性別	生年月日			再交付申請をするもの		
	2				男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 一般証 <input type="checkbox"/> 高齢証 <input type="checkbox"/> 退職証 <input type="checkbox"/> 資格証		
	個人番号										

介護保険	被保険者番号				再交付する証明書					
					1. 被保険者証		3. 負担限度額認定証			
					2. 負担割合証		4. その他( )			
	個人番号									
	フリガナ			生年月日			年 月 日			
	被保険者氏名			性別			男 ・ 女			
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		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			生年月日			年 月 日			
被保険者氏名			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

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

受付	入力	交付	<本人確認欄>			受付番号
			○免許証	○パスポート	○身分証明書	
			○保険料領収書	○公共料金領収書	○旧証回収	
			○本籍( )			
			○その他( )			
※コード 紛失:31 未着:32 書替:21						