

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	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							
	被保険者氏名			続柄	性別	生年月日			再交付申請をするもの				
	枝番						男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 一般証	<input type="checkbox"/> 高齢証	
	個人番号												
	被保険者氏名			続柄	性別	生年月日			再交付申請をするもの				
	枝番						男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 一般証	<input type="checkbox"/> 高齢証	
	個人番号												
	被保険者氏名			続柄	性別	生年月日			再交付申請をするもの				
	枝番						男女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 一般証	<input type="checkbox"/> 高齢証	
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 2 負担割合証 3 負担限度額認定証 4 その他 ()			
	個人番号							
	フリガナ				生年月日			
	被保険者氏名						年 月 日	
					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 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 その他 ()			
	個人番号							
	フリガナ				生年月日			
	被保険者氏名						年 月 日	
					性別		男 ・ 女	
	住 所				電話 ()			

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

中野区長 宛て		東京都後期高齢者医療広域連合長 宛て		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 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〉 ○運転免許証 ○在留カード ○その他 []				コード
				○パスポート	○個人番号カード		