

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

(郵送申請用)

伊賀市長 様

次のとおり、国民健康保険被保険者証等の再交付を申請します。

申請者（世帯主） 住 所

氏 名

電話番号

※平日の日中に連絡がとれる番号を記入してください。

被保険者証番号			
種別	<input type="checkbox"/> 一般被保険者証（保険証） <input type="checkbox"/> 資格証明書		
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		
		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
再発行する被保険者	氏 名	生年月日	再交付事由
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

・世帯主の身分証明書（運転免許証、パスポート、在留カード、マイナンバーカード等）の写しを添付してください。

・記入漏れなどがある場合は、連絡させていただきます。連絡がつかない場合は、申請書を返送させていただきます。

受付印

	発行	照合
処理		