

太枠の中を記入してください

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

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。

世帯主について記入
世帯主の身分証明書（顔写真あり）の写しを添付

申請者（世帯主）住所 伊賀市四十九町3184

氏名 伊賀 にん太

電話番号 090-0000-0000

※平日の日中に連絡がとれる番号を記入し

国保の記号番号を記入
わからない場合は、記入不要

被保険者証番号

1234567

再交付を希望するものひとつに✓をつける

再発行する被保険者	氏名	生年月日	再交付事由
	伊賀 にん太	32年2月22日	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
	伊賀 しのぶ	42年2月22日	<input checked="" 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）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があります。

再交付する人の氏名・生年月日を記入
交付事由をひとつ✓する

受付印

処理	発行	照合