

國民健康保險

書 証 各 定 知 認 お 認 の 適 額 度 情 格 資

再交付申請書

年 月 日

新宮町長 殿

申 請 者 住 所 新 宮 町
(世 帯 主)

氏名 _____

電話番号

被保険者番号		氏名	性別	生年月日
次の理由により再交付を申請します。 再交付後は紛失した各証を発見しても使用しないことを約束します。		男・女	S・H・R	年月日
申請理由 紛失・破損※・盜難 その他()		男・女	S・H・R	年月日
※破損の場合、破損した証の提示が必要です		男・女	S・H・R	年月日
身元確認	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート 年金手帳・在留カード・預金通帳・住民票 その他()	男・女	S・H・R	年月日
再交付担当者	<input type="checkbox"/> 証回収区分の入力 紛失・破損・回収不能	男・女	S・H・R	年月日