

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

|             |   |      |     |
|-------------|---|------|-----|
| 被保険者証の記号・番号 |   | 小国一  |     |
| 被保険者証等の種別   | 1：被保険者証（一般・退職） 5：高齢者受給者証<br>2：遠隔地被保険者証 6：標準負担額減額認定証<br>3：修学者被保険者証 7：特定疾病療養受療証<br>4：資格証明書 8：その他（ ） |      |     |
| 被保険者氏名      | 生 年 月 日   | 個人番号 | 性別  |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
|             | 昭・平・令 年 月 日   |      | 男・女 |
| 再交付申請の理由    | ※該当番号に○をして下さい。その他の場合は理由を記入して下さい。<br>1：やぶれた<br>2：よごれた<br>3：紛失<br>4：その他（ ）                          |      |     |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

( )

小国町長 様