様式第3号（第9条、第20条、第24条、第26条関係）

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

国保番号

再交付する証の種類	☐ 国民健康保険被保険者証　☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証　☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証　☐ 特定疾病療養受療証

被保険者　氏名 個人番号	性別	主との続柄	生年月日	記号番号
	男・女		昭和 平成　・　・ 西暦	
	男・女		昭和 平成　・　・ 西暦	
	男・女		昭和 平成　・　・ 西暦	

【再交付申請の理由】

☐ 紛失　☐ 汚損　☐ 盗難　☐ 未着

☐ その他（　　）

（紛失等の日時：　　年　　月　　日，場所：　　）

上記のとおり申請いたします。

なお，国民健康保険被保険証等を発見したときは，ただちに返納し，紛失に伴い生じた事故については，市に負担をかけないことを誓約いたします。

年　　月　　日

（世帯主）住　　所：桜川市

氏　　名：　　㊞

個人番号：

電話番号：　　（　　）

桜川市長　様

窓口に来た方が世帯主でない場合は，この欄も記入してください。

（申請人）　氏　名：　　㊞　世帯主との続柄（　　）

【同一世帯以外】住　所：　　電話：　（　）

処理欄	【本人確認】 ☐ 運転免許証　☐ 健康保険証　☐ パスポート　☐個人番号カード ☐ その他（　　） 【処理】 ☐ 窓口交付　☐ 郵送（　　年　　月　　日）