様式第3号（第9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） | | | | | | | | | | | | | |