

国民健康保険被保険者証等交再交付申請書

平成 年 月 日

東根市長 あて

申請人（世帯主） 住所
 氏名 _____ ㊞
 電話番号 ()

上記以外の方 住所
 氏名 _____ ㊞
 電話番号 ()
 世帯主との関係 ()

被保険者証の記号番号			
被保険者証等の種類		被保険者証 (学・遠) 退職被保険者証 (学・遠)、資格証明書 標準負担額減額認定証、限度額適用・標準負担額認定証 その他 (身・乳・母 医療証、高齢受給者証)	
再交付の理由		失った・よごした・破った・その他 ()	
被 保 険 者 の 氏 名 等	氏名	性別	生年月日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日
※ 記 入 し な い で く だ さ い	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未確認	
	証確認	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 資格証明書	
	交付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (発送日 /)	
	備考	※負担割合 平成 年 月 日から (割) 平成 年 月 日から (割) 平成 年 月 日から (割) 平成 年 月 日から (割)	