**様式第７号**（第 15 条、第 21 条関係）

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

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　☐ 被保険者証兼高齢受給者証<br>☐ 退職被保険者証　☐ 資格証明書<br>☐ 限度額適用認定証　☐ 標準負担額減額認定証<br>☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証<br>☐ その他（　　） |
| 再交付の理由 | ☐失った　☐汚した　☐破った　☐その他（　　） |

| 被保険者の氏名等 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 |
|---|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |
| | | | 年　月　日 | |

| ※記入しないでください | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 本人確認 | 氏名 | | ☐ 番号カード　☐ 運転免許証<br>☐ その他［　　］ | | | |
| | 証確認 | ☐ 通常　☐ 短期[　　か月]<br>☐ 資格証明書 | | 受付 | 処理 | 確認 | |
| | 交付 | ☐ 窓口　☐ 郵送[発送日　/　] | | | | | |
| | 備考 | | | | | | |