

国民健康保険 被保険者証 再交付申請書
高齡受給者証

葉山町長 殿

申請日

令和 年 月 日

世帯主	住所	葉山町										
	氏名		電話番号	-			-					
	生年月日	明大 昭平令	年	月	日	マイナンバー (個人番号)						
<input type="checkbox"/> 世帯主分の再交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 世帯主分の再交付は申請しません。												

世帯主と申請者が異なる場合、ご記入ください。

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 葉山町										
	氏名		電話番号	-			-					
	生年月日	明大 昭平令	年	月	日	マイナンバー (個人番号)						
<input type="checkbox"/> 申請者分の再交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 申請者分の再交付は申請しません。 (申請する場合のみ、生年月日・個人番号欄もご記入ください。)												

世帯主や申請者以外で再交付を申請する方がいる場合、ご記入ください。

再交付対象者	1	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日
			マイナンバー (個人番号)				
	2	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日
			マイナンバー (個人番号)				
	3	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日
			マイナンバー (個人番号)				

理由	次の理由により、再交付を申請します。 また、紛失した被保険者証・高齡受給者証を発見したときは、直ちに返納します。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> その他 ()
----	---

受取人サイン欄

身分確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	受付印		
記号番号 51-		種別 一般・退職	
課長	課長補佐	係長	係員