

国民健康保険再交付申請書

1. 国民健康保険被保険者証

2. 特定疾病療養受療証

※太枠内を記入してください。

申請日	年 月 日		
世帯主氏名		続柄	世帯主
生年月日	年 月 日		
世帯主住所	西原町		
TEL		個人番号	

※世帯主以外の方が申請する場合は、申請人欄も記入してください。

申請人氏名		続柄	
生年月日	年 月 日		
申請人住所			
TEL		個人番号	
理由	1. 紛失 2. 汚損 3. その他()		
どなたのもの	1. 世帯全員分 2. 個人分		

※2を選択された方は、発行してほしい方のお名前を下枠に記入してください。

	続柄	生年月日		続柄	生年月日
氏名		年	氏名		年
個人番号		月 日	個人番号		月 日
氏名		年	氏名		年
個人番号		月 日	個人番号		月 日
氏名		年	氏名		年
個人番号		月 日	個人番号		月 日

上記のとおり申請します。

※紛失した被保険者証を発見したときには、すみやかに返還します。

また、今後これに伴う事故についても西原町に迷惑をかけないことを誓約いたします。

西原町長 殿	病院受診：有()・無	警察への紛失届け： 済 ・ 未
身分確認	免許証・保険証・その他添付書類	交付年月日 年 月 日
受付	(個)代理転記	西 国 一