**国民健康保険再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号・番号 | | | 山３１　　　　　　　－ | | | | |
| 住　　　　所 | | | 〒　　　－  平生町大字 | | | | |
| № | フ　リ　ガ　ナ | | | 生　年　月　日 | | | 個人番号（マイナンバー）  ※本人確認ができない場合のみ |
| 被保険者氏名 | | |
| １ |  | | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | |  |
|  | | |
| ２ |  | | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | |  |
|  | | |
| ３ |  | | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | |  |
|  | | |
| ４ |  | | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | |  |
|  | | |
| ５ |  | | | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | |  |
|  | | |
| 再交付するもの | | | □　資格確認書  □　資格情報のお知らせ  □　限度額適用・標準負担額減額認定証  □　特定疾病療養受療証 | | | | | |
| 申　請　事　由 | | | □　紛　失　　　　□　汚　損　　　　□　破　損  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 平生町長 様  　　　上記のとおり申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　申請者　　　住　　所  氏　　名  個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）  電話番号　（　　　　　）　　　　－  　　　　　 被保険者との関係　（　　　　　　　） | | | | | | | |
| ※交付区分 | | 窓　口　交　付  郵送（　　　月　　　日） | | | | ※確認書類 | 免許証　・　以前の資格確認書等  マイナンバーカード  その他（　　　　　　） |
| 電算入力 |  |