

国民健康保険 再交付申請書

被保険者証記号番号	-	一般・退職		
被保険者の氏名	生年月日	世帯主との続柄	マイナンバー(個人番号)	再交付を希望する証
1	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
2	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
3	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
4	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
5	昭和・平成・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証
申請の理由	1. 紛失 2. 破損・汚損・焼失 3. その他 ()			
上記のとおり再交付を申請します。 なお、紛失した証を発見したときは、ただちに返還いたします。				
令和 年 月 日 山梨市長 様				
住所 山梨市				
世帯主 氏名				
個人番号				
電話 ()				
□同上				
・家族:続柄 住所				
・その他 氏名				
電話 ()				

確認・交付

本人確認	個人カード・免許証・パスポート・障害者手帳・在留カード 保険証・高齢受給者証・年金手帳・その他() 面識(課)
番号確認	個人カード・通知カード・住民票・その他()