

国民健康保険被保険者証再交付申請書

※再交付を必要とされる方のご記入ください。

被保険者記号・番号				させぼ									
申請の理由 (該当を○で囲む)				1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. 未着 5. その他									
再交付を要する保険証 (該当を○で囲む)				1. 一般保険証 2. 退職保険証 3. 兼高齢受給者証 4. マル学保険証 5. マル遠保険証									
個人番号		続柄	性別	生年月日	個人番号		続柄	性別	生年月日				
フリガナ 氏名			男 女	. .	フリガナ 氏名			男 女	. .				
フリガナ 氏名					フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名			男 女	. .	フリガナ 氏名			男 女	. .				
フリガナ 氏名					フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名			男 女	. .	フリガナ 氏名			男 女	. .				
フリガナ 氏名					フリガナ 氏名								
上記のとおり国民健康保険法施行規則第7条の規定により再交付の申請をします。 令和 年 月 日 住所 佐世保市 丁目 番地 号 世帯主 氏名 個人番号 佐世保市長様 (TEL - -)													
<h2 style="margin: 0;">誓 約 書</h2> 紛失した被保険者証発見の場合は、すみやかに返還するとともに今後これに伴う事故についても貴市に迷惑をかけないことを誓約いたします。 令和 年 月 日 世帯主氏名 佐世保市長様													
受付	入力	再調	郵送	受領印	交付		受 付	行政センター 支 所					
					郵	即		令和 年 月 日					