（様式第８号）

**国民健康保険被保険者証・高齢受給者証再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | | | |  | |
| 再交付希望被保険者氏名 | | | 個人番号 | | 理由 | 性別 | 生年月日 |
| 1 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 2 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 3 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 4 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 5 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 6 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 7 |  | | -　　　- | | 1.2.3.4 | 男・女 | 年 　月 　日 |
| 再交付の理由   1. 盗　難　　　　　　２．紛　失　　　　　　３．破　損   ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  紛失した被保険者証が原因で生じた事故については、すべて私どもの責任において処理することを誓約します。  　　なお、後日発見した場合には直ちに返還します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　【世帯主】　住　所  　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　-　　　　　-  　　　【申請者】　氏　名　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）  　　　　　　　　　電話番号  三股町長　様 | | | | | | | |
|  | | 被保険者証発送日 | | 年　　　月　　　日 | | | |

確認事項

免許証　/　個人番号カード　/　パスポート

その他（　　　　　　　　　　　　　　　）