

再

国民健康保険被保険者証【再交付】申請書

届出日

令和	年	月	日
----	---	---	---

保険番号

--	--	--	--	--	--

氏名	生年月日	個人番号
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	

再交付申請の理由	紛失・破損・盗難・その他()
----------	-----------------

国民健康保険法施行規則第7条第1項の規定により、被保険者証の再発行を申請いたします。

柏市長あて

申請者

住所	
氏名	世帯主との続柄()
電話番号	()
個人番号	

事務処理欄

本人確認 ※1 番号を控える ※2 コピーを取る		※1 運転免許証 (No.)	
		※2 マイナンバーカード・パスポート・在留カード・その他 <input type="checkbox"/> コピー有り 委任状 有り (代理人による申請の場合のみ)	
短期	該当 ※収納相談 (済・未済)	交付	備考 受付印
	非該当	未交付 (郵送)	