|  |
| --- |
| 国民健康保険被保険者証減失・き損滅失き損再交付申請書 |
| １ | 被保険者証の番号 |  |
| ２ | 被 保 険 者 の 氏 名 | 生　年　月　日 | 性別 | 世帯主との続柄 | 個人番号 |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| 氏 | 名 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 男 女 |  |  |
| ３ | 再交付申請の事由 |  |
| ４ | 滅失した健康保険被保険者証の種類 | １新 | ２学 | ３特 | ４その他 |
| 　上記のとおり申請します。　なお、滅失しました被保険者証が発見されましたら直ちにお返しいたします。　令和　　年　　月　　日　日出町長　　　　　殿 |
|  | 世帯主 | 住所 | 日出町 |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 個人番号 | 印　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　代理届出者住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）　　　　印 |
| 処理 | 交付簿 |  | 保険証 |  |

本人確認書類　□マイナンバーカード　　　□運転免許証　　　□その他（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　□聴き取り　（世帯員氏名、生年月日、前住所地　等　　　　　　　　　　　　）