

国民健康保険再交付等申請書

年 月 日

伊予市長 様

国民健康保険に係る書類の再交付等を申請します。

<紛失の場合> 次の事項を確約します。

- 1 紛失により生ずる事故及び保険給付費については、私が一切の責任を負い弁済します。
- 2 紛失した書類を発見したときは、直ちに発見した書類を返還します。

被保険者番号								再交付理由 (再交付の場合のみ記入)	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 未着 ☐ その他()
世帯主	氏名						届出人	氏名	☐ 世帯主と同じ
	住所							住所	☐ 世帯主と同じ
	電話							電話	☐ 世帯主と同じ

交付者氏名	生年月日	交付書類
	年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()
	年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()
	年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()
	年 月 日	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()

決裁	課長	課長補佐	係	担当	受付	処理	確認	受付印
							免許証 マイナンバーカード 資格確認書 その他()	