

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

糸島市長 様

次のとおり申請します。

なお、失った被保険者証等を発見したときは、その被保険者証等を速やかに返還します。

※太枠内にご記入ください。

申請日

年 月 日

申請者	氏名				
	住所				
	電話番号		世帯主との続柄	本人・配偶者・父母・子・()	
世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 同上	個人番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 糸島市			
再交付が必要な方	氏名	性別	生年月日	世帯主との続柄	
	(個人番号)	男・女	S・H・R 西暦 年 月 日		
	(個人番号)	男・女	S・H・R 西暦 年 月 日		
	(個人番号)	男・女	S・H・R 西暦 年 月 日		
	(個人番号)	男・女	S・H・R 西暦 年 月 日		
再交付を必要とするもの (必要なものに○)					
<input type="checkbox"/>	被保険者証	<input type="checkbox"/>	高齢受給者証		
<input type="checkbox"/>	限度額適用認定証	<input type="checkbox"/>	限度額適用・標準負担額減額認定証		
<input type="checkbox"/>	標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療証		
<input type="checkbox"/>	その他 ()				
申請の理由 (いずれかに○)	紛失	盗難	破損	汚損	その他 ()

・本人確認書類(1点)

免許・住基・旅券・()

NO. _____

・本人確認書類(2点)

NO. _____ NO. _____

・納税確認 未納有 ・ 未納無 ・ 18未満

記号・番号	受付者	紛失入力	交付日
29			／ 窓口・郵送