国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証記号番号	香川　４７　－		
被保険者氏名	性別	生年月日	個人番号
	男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	－　　－
	男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	－　　－
	男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	－　　－
	男・女	昭和 平成　　年　　月　　日	－　　－
申請の理由・発生年月日	□ 紛失 □ 破損・汚損 □ その他（　　）		平成　　年　　月　　日頃

上記のとおり、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。今後、再交付により発生する三豊市の損害には一切の責任を持つことを誓約します。

なお、紛失した被保険者証を後日発見したときには、直ちに三豊市へ返還します。

平成　　年　　月　　日

三豊市長　あて

申請者（世帯主）　住所　三豊市　　町　　番地

氏名　　印

代理人　住所　三豊市　　町　　番地

氏名　　印　世帯主との続柄

国民健康保険被保険者証を確かに受領しました。

受領印

※ 申請人は、基本的に世帯主・世帯主の配偶者または住民基本台帳上の同世帯者に限ります。

※ それ以外の方が申請する場合は、後日被保険者証を世帯主宛に郵送します。

※事務処理欄

申請人の確認	代理人の住民基本台帳上の同世帯の確認	受付・交付	点検
□ 運転免許証 □ 身分証明書 □ その他（　　）	□ 同世帯者である。 □ 住民基本台帳上の同世帯者でない。		