

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

（あて先）笠松町長

令和 年 月 日

紛失により生ずる事故及び診療費については当方で一切の責任を負い、貴町に負担をかけません。 紛失した保険証を発見したときは、直ちに返納します。			
被保険者証記号番号			
申請者 （世帯主）	住所	笠松町	氏名
	（電話）	—	印
		個人番号	
代理人	住所		氏名
	（電話）	—	印
		世帯主との続柄	
		個人番号	

再交付の申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> その他
被保険者証等の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証		
氏名	性別	生年月日	個人番号
被 保 険 者	男・女	・	・
	男・女	・	・
	男・女	・	・
	男・女	・	・
	男・女	・	・
本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）			受付者

（注） 被保険者証等を破り、又は汚した場合の申請には、その被保険者証等を添付してください。