

国民健康保険被保険者証等(返還不能届)再交付申請書

被保険者氏名	生年月日	個人番号	性別	続き柄
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
	昭・平・令 年 月 日		男・女	
申請理由	紛失・汚損・破損・その他()			

上記の理由により届出いたします。

なお、紛失した被保険者証等の不正使用等によって生じた損害その他の問題は、私の責任において処理し、紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに当該被保険者証等を返還します。

令和 年 月 日
鹿沼市長 宛

世帯主 住所 鹿沼市
氏名
個人番号
電話番号 ()

代理来庁者 住所
氏名
電話番号 ()

〈職員記入欄〉

来庁者 確認内容	□運転免許証 □その他()		
再交付 被保険者証等	□被保険者証(兼高齢受給者証) □短期被保険者証 □資格証明書 □限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証 □特定疾病療養受療証	記号番号	—
		有効期限	令和 年 月 日
		発行者名	

〈確認用〉

・証交付状況確認 □有効期限 □発行期日 □限度額証が区分Ⅱ・オの場合、長期入院の該当日を確認
--