

再

国民健康保険被保険者証【再交付】申請書

届出日

令和 00 年 0 月 00 日

保険番号

--	--	--	--	--	--

氏名	生年月日	個人番号
柏 太郎	昭(平)令 00 年 0 月 00 日	※記載不要
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日	

再交付申請の理由

紛失・破損・盗難・その他()

国民健康保険法施行規則第7条第1項の規定により、被保険者証の再発行を申請いたします。

柏市長あて

申請者

住所	柏市柏5-10-1
氏名	柏太郎 世帯主との続柄(本人)
電話番号	000(1111)2222
個人番号	

事務処理欄

本人確認 ※1 番号を控える ※2 コピーを取る	運転免許証 (No.)	
	マイナンバーカード・パスポート・在留カード・その他 <input type="checkbox"/> コピー有り	
委任状 有り (代理人による申請の場合のみ)		備考
短期	交付 未交付 (郵送)	
	該当 ※収納相談 (済・未済)	
	非該当	受付者 ()