

# 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

|    |        |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記号 | 香川 1 7 | 番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|

※太わく内に記入してください

| 氏名   |  |  |      | 続柄  | 証種別  | 紛失等に関する事項  | 備考 |
|------|--|--|------|-----|--|--|----|
| 氏名   |  |  |      | 続柄  | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証<br><input type="checkbox"/> 限度額認定証 ( ) | <input type="checkbox"/> 紛失 ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 棄損<br><input type="checkbox"/> 盗難 ( 年 月 日 )<br>届出 ( 警察署・受理番号 ) |    |
| 個人番号 |  |  | 生年月日 | 年月日 |  |  |    |
| 氏名   |  |  |      | 続柄  | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証<br><input type="checkbox"/> 限度額認定証 ( ) | <input type="checkbox"/> 紛失 ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 棄損<br><input type="checkbox"/> 盗難 ( 年 月 日 )<br>届出 ( 警察署・受理番号 ) |    |
| 個人番号 |  |  | 生年月日 | 年月日 |  |  |    |
| 氏名   |  |  |      | 続柄  | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証<br><input type="checkbox"/> 限度額認定証 ( ) | <input type="checkbox"/> 紛失 ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 棄損<br><input type="checkbox"/> 盗難 ( 年 月 日 )<br>届出 ( 警察署・受理番号 ) |    |
| 個人番号 |  |  | 生年月日 | 年月日 |  |  |    |
| 氏名   |  |  |      | 続柄  | <input type="checkbox"/> 被保険者証<br><input type="checkbox"/> 被保険者証兼高齢受給者証<br><input type="checkbox"/> 限度額認定証 ( ) | <input type="checkbox"/> 紛失 ( 年 月 日 )<br><input type="checkbox"/> 棄損<br><input type="checkbox"/> 盗難 ( 年 月 日 )<br>届出 ( 警察署・受理番号 ) |    |
| 個人番号 |  |  | 生年月日 | 年月日 |  |  |    |

三木町長殿

紛失の被保険者証等を使用し三木町に損害を与えたときは、直ちに弁償することおよび紛失した被保険者証等を発見したときは、国民健康保険法施行規則第 7 条第 3 項の規定に基づき、直ちに三木町に返還することに同意し、上記の国民健康保険被保険者証等の再交付を申請します。

|       |    |   |       |          |
|-------|----|---|-------|----------|
| 届出日   |    | 年 月 日   | 世帯主氏名 | 世帯主の個人番号 |
| 届出人   | 氏名 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ   |       | 世帯主との関係  |
|       | 住所 | 木田郡三木町大字  |       | 電話番号     |
| ※本人確認 |    | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |       |          |

入力

5040801