国民健康保険被保険者証等再(窓口)交付申請書

R3.4.1 改正

南魚沼市長　宛　　令和　　年　　月　　日

被保険者証番号	個人番号

再交付する証	氏名	生年月日
1．被保険者証		年　月　日
2．限度額認定証		年　月　日
3．特定疾病受給者証		年　月　日
4．医療費通知		年　月　日
	該当月	年　月～　月分
住所	南魚沼市	
申請の理由	□紛失　□汚損　□破損　□その他（　　） （注）破損・汚損等の場合は、その保険証を提出してください。	

上記のとおり申請します。

申請者(窓口に来た人)

住所　南魚沼市

氏名

電話　　－

必要な人との関係

□世帯主　□本人　□同居の家族（世帯主以外）
□その他（具体的に　　）

※ 申請者の本人確認のため、身分証明書の提示をお願いします。

▼申請者が世帯主、本人または同居の家族以外の場合、委任状が必要です。

私は、上記申請者に国民健康保険被保険者証等再交付申請の権限を委任します。	
住所	南魚沼市
世帯主署名押印	氏名　　㊞（自署の場合は押印不要）

①	個カ・免許証・パスポート・身障手帳・在留ｶｰﾄﾞ・特別永住証
②	保険証・介護保険証・年金手帳・年金証書・住カ（写真なし）・診察券・預金通帳
	その他（　　）

……下記の欄は、記入しないでください……

処理年月日	処理者