

国民健康保険被保険者証再交付申請書

届出者	氏名		世帯主との関係	
	住所		電話番号	

証記号番号 島 4 5

被 保 険 者	住所	〒 福島県耶麻郡西会津町			
	氏名	性別	男・女	昭・平・令	年 月 日生
	個人番号				
	氏名	性別	男・女	昭・平・令	年 月 日生
	個人番号				
	氏名	性別	男・女	昭・平・令	年 月 日生
	個人番号				
	氏名	性別	男・女	昭・平・令	年 月 日生
個人番号					

再交付の種別

- 被保険者証 限度額適用・標準負担額減額認定証
 その他

再交付の申請理由

- 紛失 盗難 破損・汚損 焼失
 その他

西 会 津 町 長 様

上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 氏名
個人番号

※以下の欄は記入しないでください。

本人確認事項（写真表示がないものについては2点以上で確認する。）

- 運転免許証 国民健康保険被保険者証等の再交付のために
 介護保険被保険者証 来庁したのは、本人であることを証明します。
 後期高齢者医療被保険者証
 その他() 令和 年 月 日
所属課名 課
氏名

- | | | | |
|-------------|------------|--|--|
| 処
理
欄 | 個人番号の確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード | <input type="checkbox"/> その他() |
| | 個人番号の本人確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 個人番号の代理権確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() |