

# 被保険者証再交付申請書

世帯主氏名

記号番号

再交付理由(番号に○をつけてください)

1. 紛失

3. その他 ( )

2. 破損

資格取得年月日

年 月 日

再交付対象氏名

世帯主との  
続柄

生年月日

個人番号(マイナンバー)

区分

国民健康保険者証について、上記の理由により再交付下さるよう申請します。今後の保管については、十分注意することを心がけるとともに、保険証により問題が生じた場合は、一切の責任を追うことを誓約いたします。

また、国民健康保険法に基づく手続きにあたり世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、白杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。

年 月 日

世帯主

住所

白杵市

氏名

電話番号

代理人

住所

氏名

電話番号

(あて先) 白杵市長