

# 再 砥部町国民健康保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日 申請

砥部町長様

下記のとおり再交付を申請いたします。

なお、万一被保険者証等の不正使用等により、貴町に対し損害が生じた場合は、速やかに責任をとり、貴町に一切迷惑を掛けないことを誓約します。

また、紛失した被保険者証等を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者証の番号									
世帯主	住所	砥部町							
	氏名								
	個人番号								
	生年月日				年	月	日		
	電話番号	-			-				
再交付を希望する者の氏名		個人番号							
再交付を必要とする証		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証							
再交付申請の理由 ※その他の場合は詳細を記入。		1. 紛失 2. 破損又は汚損(当該被保険者証等を添付すること) 3. その他( )							

申請者 (世帯主)	住所	砥部町							
	氏名								
	個人番号								
	生年月日				年	月	日		
	電話番号	-			-				

上記の申請を承認する。

決	課長	課長補佐	係長	係	受付
裁					