

課長専決

主管課長	課長補佐	主幹	参事	主事	支所長	課員

再

被保険者証
国民健康保険 再交付申請書
減額・限度額認定証

被保険者証の記号番号				あさぎり 号			
氏名				生 年 月 日			
1				昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	個人番号	.....	.....		
2				昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	個人番号	.....	.....		
3				昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	個人番号	.....	.....		
4				昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	個人番号	.....	.....		
5				昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	個人番号	.....	.....		
再交付申請の理由				1	紛失	4	汚損
				2	盗難	5	破損
				3	焼失	6	その他

国民健康保険法施行規則第7条により届出ます。

年 月 日

世帯主

住所 あさぎり町

番地

氏名

連絡先

あさぎり町長 様

届出者	氏名			世帯主との続柄	
	住所	あさぎり町		連絡先	

※ 届出者が世帯主の場合、記入不要

職員 記入欄	届出者本人確認		番号等
	免許 / 在留 / 旅券 / 住基C / 個番C※ 国保 / 社・共 / 後高 / 聴取		

※本人確認の際に個人番号は記入せず、発行自治体と有効期限

保険証発行状況	年 月 日 (様)へ渡し済
---------	-----------------

受付者