

太枠内を記入してください。

国民健康保険被保険者証 高齢受給者証 紛失届兼交付申請書 限度額適用認定証				
被保険者証 記号・番号	幡15-	紛失等 年月日	令和 年 月 日	
紛失及び再交付 申請理由	(1)紛失 (2)盗難 (3)消失 (4)棄損			
再交付 対象者	氏名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			
上記のとおり再交付を申請いたします。 令和 年 月 日				
八幡市長 様				
申請者 住所 八幡市				
氏名				
個人番号				
(TEL)				
誓 約 書				
国民健康保険被保険者証等を発見した時は、ただちに返還いたします。 また、紛失等によって生じた損害については、貴市に負担をかける ことを誓約いたします。				
令和 年 月 日				
世帯主 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
住所 八幡市				
氏名				
個人番号				
備考		<本人確認> <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナカード <input type="checkbox"/> その他 ()	受 付	

個人番号確認