## 国民健康保険被保険者証等 再交付申請書

	围	保	番	-5				井	さ					_							_	-				
		フリガナ 被保険者氏名									性別				4	Ė	年	Ξ.	月	E	3					
													男			昭和	ı -	:	平成		슈	和		西暦		
再交													• 女							年			月		日	
   付   を													男			昭和	ı •		平成	į	令	和	•	西暦		
希望													· 女							年			月		日	
する													男			昭和	ı ·	. :	平成		令	和	•	西暦		
被 保													女							年			月		日	
再交付を希望する被保険者													男 •			昭和		. :	平成		슈	和	•	西暦		
													女							年			月		日	
													男 •			昭和			平成		슈	介和	•	西暦		
													女							年			月		日	
	再交付を希望するもの 被保険者証・ 医療費通知(※再3												類認足 平成		年	E	そ( 月	の他 ~3	!( 平成		年	) 月)				
再交付申請の理由 1. 紛失 2. 破損・汚損・焼失 3. その他( )																										
上記	上記のとおり再交付を申請します。																									
		年	E	月		日																				
申請人 (世帯主)_住									住所	fi	坂井市															
1								氏名	3																	
ē I							電話番号																			
坂井	市長	<b>是</b> 展	<u>.</u>																							
世帯主でない方が記入する場合は、下記の事項もご記入ください。なお、同一世帯員以外の申請の場合、委任状を添付してください。																										
									窓口来た		住所	fi														
											氏名	3								•		詩主と 続柄				
電話									番	号																
	受領確認 (窓口) 年度の 被保険者証 ・ 資格証明書 を受領しました。 を受領しました。																									

※市処理欄

本人確認	3		代理確認		交付方法	交付	寸日	受付
□ 運転	免許 □	番号カード	□ 委任	<b></b>	□ 窓口			
□ その	他(	]	□ そのf	<sup>也</sup> (	□ 郵送	•	•	
	(	,						