

国民健康保険

- 被 保 険 者 証
- 限 度 額 適 用 認 定 証
- 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証
- 特 定 疾 病 療 養 受 領 証
- 一 部 負 担 金 免 除 証 明 書

再交付申請書

被保険者記号・番号	阿蘇																											
被保険者氏名 (必要とする人)		個人番号						生年月日																				
								年 月 日																				
								年 月 日																				
								年 月 日																				
								年 月 日																				
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input 10"="" type="checkbox/>() </td> </tr> <tr> <td colspan="/> <p>阿蘇市長 様</p> <p>上記の理由により、再交付申請します。</p> <p>なお、紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに返却し、紛失により生じる一切の責任は私が負うことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">申請者 (世帯主) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td> </tr> </table></p>																											
窓口に来た人 (世帯主以外の場合記入)								電話番号																				

主管課長	課長補佐	係長	担当

