

国民健康保険再交付申請書

再交付する証等	1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 高齢受給者証 4 限度額適用認定証 5 限度額適用・標準負担額減額認定証 6 標準負担額減額認定証 7 特定疾病療養受領証 8 ※その他
再交付の理由	1 紛失 2 盗難 3 汚損 4 ※その他

被保険者証 記号・番号	記号	柏国	番号			
被保険者氏名 個人番号	性別	生年月日		再交付する証 等を表す番号 <small>※8の場合はその名称</small>	再交付の理由 を表す番号 <small>※4の場合はその理由</small>	宛名番号
	男・女	S H R	年 月 日			
	男・女	S H R	年 月 日			
	男・女	S H R	年 月 日			
	男・女	S H R	年 月 日			
	男・女	S H R	年 月 日			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

柏原市長様

世帯主	住所	柏原市			
	氏名			連絡先	()
申請人	住所			世帯主 との続柄	
	氏名			連絡先	()

交付方法		警察届出勸奨	証種別		担当者
郵送	窓口	有・無	通常	月末	
(/)					