

申請前にチェック

- 免許証・パスポート・住基カードなど公的機関が発行した顔写真入りの身分証明書をお持ちください。
- 身分証明書をお持ちでない場合、保険証・高齢受給者証は後日郵送とさせていただきます。

# 国民健康保険証・高齢受給者証再発行申請書

狛江市長 あて

国民健康保険証・高齢受給者証の再発行を申請します。紛失した国民健康保険証・高齢受給者証が見つかった場合は、再交付されたものを返還いたします。

平成 年 月 日

窓口に来られた方の氏名 \_\_\_\_\_

住 所 狛江市 \_\_\_\_\_ 丁目 \_\_\_\_\_ 番 号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

再発行を申請する理由 外出先で紛失 家の中で紛失 盗難 汚損(洗濯など) その他

	再発行するもの	再発行が必要な方の氏名 (窓口に来られた方と同じ場合は記入不要です)	再発行が必要な方の住所	窓口に来られた方との関係	生 年 月 日
1	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証		狛江市 _____ 丁目 _____		明治 大正 昭和 平成
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		番 号 - _____		年 月 日
2	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証		狛江市 _____ 丁目 _____		明治 大正 昭和 平成
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		番 号 - _____		年 月 日
3	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証		狛江市 _____ 丁目 _____		明治 大正 昭和 平成
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		番 号 - _____		年 月 日
4	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証		狛江市 _____ 丁目 _____		明治 大正 昭和 平成
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		番 号 - _____		年 月 日
5	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証		狛江市 _____ 丁目 _____		明治 大正 昭和 平成
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証		番 号 - _____		年 月 日

(狛江市記入欄)

受 付 担 当 者	交 付 状 況
	<input type="checkbox"/> 証 交 付 済
	<input type="checkbox"/> 郵 送 必 要

記 号 番 号	42- _____
資 格 確 認	<input type="checkbox"/> 一 般 <input type="checkbox"/> 退 本
	<input type="checkbox"/> 退 扶