

国民健康保険 再交付 申請書

1. 資格確認書
2. 資格情報のお知らせ
3. 特定疾病療養受療証
5. その他（ ）

西原町長 殿

※太枠内を記入してください。

申請日		年 月 日	
世帯主氏名		TEL	
生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
世帯主住所			

※世帯主以外の方が申請する場合は、申請人欄も記入してください。

申請人氏名		続 柄	
生 年 月 日	年 月 日	TEL	
申請人住所			
理 由	1. 紛 失 2. 汚 損 3. その他（ ）		
どなたのもの	1. 世帯全員分 2. 個人分		

※2を選択された方は、発行してほしい方のお名前を下枠に記入してください。

No.	氏 名	続 柄	生 年 月 日
1	個人番号		年 月 日
2	個人番号		年 月 日
3	個人番号		年 月 日
4	個人番号		年 月 日
5	個人番号		年 月 日

任意記載事項
の記載の希望

☐任意記載事項（※）の記載を希望する

☐任意記載事項の記載を希望しない

※任意記載事項とは、一部負担金限度額の適用区分、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の適用区分、認定を受けた特定疾病及び自己負担限度額の区分のことをいいます。任意記載事項を記載することで、別途、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証を申請いただき、交付を受ける必要がなくなります。

受取人
署名

申請した書類を受領しました。

病院受診（医科・薬局・柔整・歯科・訪問） 有（ ） ・ 無		警察への紛失届： 済 ・ 未	
身分 確認	免許証・マイナンバーカード・その他（ ）	交付日	年 月 日
受付	④代理転記	西 国 -	