

**国民健康保険被保険者証(兼高齢受給者証)
 限度額適用認定証・特定疾病受給者証
 紛失・再交付申請書**

下記の理由で紛失しましたのでお届けし、あわせて再交付をお願いします。

記

紛失理由

なお、紛失により生ずる事故、及び診療費については、当方で一切の責任を負い、貴市に負担をかけないことを誓約致します。

令和 年 月 日

申請人	ふりがな			
	氏名		個人番号	
	住所	〒 -		
	電話番号	() -		

対象者	ふりがな		個人番号	
	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
		性別	男・女	

対象者	ふりがな		個人番号	
	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
		性別	男・女	

対象者	ふりがな		個人番号	
	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
		性別	男・女	

笛 吹 市 長 殿

紛失した保険証等を発見した場合は、すみやかに返納してください。
 紛失理由は、誤って捨ててしまった、燃えてしまった、どこかにしまいこんでわからない、盗難にあった等と記入してください。

交付

<input type="checkbox"/>	本人確認、手渡し
<input type="checkbox"/>	本人確認できず、郵送 (郵送日 月 日)

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 旅券
	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 住基カード
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	()		