

(宛先) 向日市長

国民健康保険に係る紛失届兼再交付申請書

下記理由により

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 資格確認書 | <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 |
| <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 | |
| <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 | |

の再交付を申請します。

なお、旧書・旧証が出てきた場合直ちに返却するものとし、保険者に一切迷惑をかけませんので、再交付くださるようお願いいたします。

(届出者)

被保険者 記号番号	記号	番号
住 所	向日市 町	
氏 名		
電話番号		

(被保険者名)

フリガナ	生 年 月 日	個人番号
氏 名		
	年 月 日	
	年 月 日	

(再交付申請理由)

紛失・棄損・盗難・その他 ()

確認

- ①マイナンバーカード ②運転免許証 ③国民健康保険の資格が確認できるもの
④その他 ()

※次の欄には記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日	担当者	