

国 民 健 康 保 険 再 交 付 申 請 書

再交付する証等	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 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 特定疾病療養受療証 7 医療費のお知らせ 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 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 ※8の場合は その名称	再交付の理由 を表す番号	マイナ保険証 有・無	宛名番号
	男・女	S H R	年 月 日			有・無	
	男・女	S H R	年 月 日			有・無	
	男・女	S H R	年 月 日			有・無	
	男・女	S H R	年 月 日			有・無	
	男・女	S H R	年 月 日			有・無	

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	資格確認書 種別		担当者
郵 送 (/)	窓 口	有 ・ 無	通常	月末	