様式２号（第４条関係）

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　限度額適用認定証 4　限度額適用・標準負担額減額認定証 5　特定疾病療養受療証 6　医療費のお知らせ 7　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 ※7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		警察届出勧奨	資格確認書　種別		担当者
郵送 （　/　）	窓口	有　・　無	通常	月末	