

再交付

国民健康保険「高齢受給者証」再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

次のとおり高齢受給者証の再交付を申請します。

1. 世帯の住所と世帯主をご記入ください。

住所 新潟市 区

世帯主氏名

個人
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 窓口に来た方はどなたですか？

(上記1の住所と同じ場合は記入不要)

住所 新潟市 区

氏名

世帯主との関係

連絡先電話番号

()

3. 再交付の理由は何ですか？

1 紛失のため 2 汚損のため 3 その他 ()

4. 上記のことが起こったのは(または気が付いたのは)いつですか？

1 年 月 日頃 2 不明

3 その他 ()

5. どなたの高齢受給者証の再交付が必要ですか？

氏名

昭・平・令 年 月 日生

個人
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名

昭・平・令 年 月 日生

個人
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名

昭・平・令 年 月 日生

個人
番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注 ① 汚損した高齢受給者証は必ず添付してください。

② 紛失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに返還してください。

処理欄(以下は、記入しないでください。)

交 付 年 月 日	令和 年 月 日	一部負担金割合	1割・2割・3割
発 効 期 日	令和 年 月 日	交 付 方 法	窓 口 ・ 郵 送
有 効 期 限	令和 年 月 日	発 送 日	令和 年 月 日
窓口に来た方の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
代理人の場合の代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 対象者の被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受 付 場 所	(北・東・中央・江南・秋葉・南・西・西蒲) 区役所 () 出張所 () 連絡所		
受 付 担 当		備考	

被 保 険 者 証 番 号

— —

高齢受給者証
再交付

*受付区で保管