

## 再交付

## 国民健康保険「被保険者証」再交付申請書

平成 年 月 日

(宛先) 新潟市 区 長

次のとおり被保険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 中央 区 学校町通 番町 番地

世帯主氏名 新潟 花子

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 平成 年 月 日頃 ☐ 2 不明  
☐ 3 その他( )

5. どなたの被保険者証の再交付が必要ですか？

氏名 新潟 太郎

昭 平 年 月 日生

個人  
番号

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

氏名 新潟 柳都

昭 平 年 月 日生

個人  
番号

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

氏名

昭 平 年 月 日生

個人  
番号

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

注 ① 汚損した被保険者証は必ず添付してください。

② 紛失した被保険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。)

種 類	一 般 ・ 退 職	保険証の区分	普通・短期・資格
交 付 年 月 日	平成 年 月 日	交 付 方 法	窓 口 ・ 郵 送
有 効 期 限	平成 年 月 日	発 送 日	平成 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

- -

被保険者証  
再交付

\*受付区

記載例

窓口へ手続きに来る方が、世帯主と違う場合のみ、記入してください。

この欄は記入不要です。