再交付

国民健康保険「高齢受給者証」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 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）

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。

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．どなたの高齢受給者証の再交付が必要ですか？

氏名 新潟 次郎 個人番号 ■■■■■■■■■■■■

昭●・平○ ■■年■■月■■日生

氏名 新潟 花枝 個人番号 ■■■■■■■■■■■■

昭●・平○ ■■年■■月■■日生

氏名 個人番号

昭○・平○ 年 月 日生

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。

この欄は記入不要です。

処理欄（以下は，記入しないでください。）

交付年月日	平成 年 月 日	一部負担金割合	１割 ・ ２割 ・ ３割
発効期日	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	□ 運転免許証 □ その他（ ）		
代理人の場合の代理権	□ 委任状 □ 対象者の被保険者証 □ 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

記載例