

## 再交付

## 国民健康保険被保険者証等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

次のとおり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. どの証が必要ですか？

1 被保険者証 2 高齢受給者証 (薄紫) 3 特定疾病療養受療証 (緑)  
4 限度額適用認定証 (オレンジ) 5 限度額適用・標準負担額減額認定証 (黄)

5. どなたの被保険者証・認定証の再交付が必要ですか？

氏名

年 月 日生

個人  
番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

氏名

年 月 日生

個人  
番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

氏名

年 月 日生

個人  
番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

注 ① 汚損した証は必ず添付してください。

② 紛失した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   | 保険証の区分  | 普通・短期・資格    |  |
| 発行期日        | 令和 年 月 日   | 一部負担金割合 | 2割・3割       |  |
| 有効期限        | 令和 年 月 日   | 適用区分    | 1万円・2万円     |  |
| 長期該当日       | 令和 年 月 日   |         | ア・イ・ウ・エ・オ   |  |
| 発送日         | 令和 年 月 日   |         | 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ |  |
| 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<br>( ) 出張所 ( ) 連絡所   |         |             |  |
| 受付担当        |  | 備考      |             |  |
| 被保険者番号      | — —  |         | *受付区で保管     |  |