|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 被保険者証 | 再交付申請書 |
| 限度額認定証 |

　　　年　　月　　日

　宛先　小諸市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | | | | |  | 窓口に来た方 | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主と  の続柄 |  |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | |  |  |  |

下記のとおり、被保険者証・限度額認定証 の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | | 小諸**・** | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 再交付を申請する被保険者 | 氏名 | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付申請の理由 | １.紛失  ２.汚損・破損  ３.証未着  ４.その他（下記に理由を記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人確認書類 | | 免許証 ・ マイナンバーカード ・ 診察券 ・ その他（　　　　　　） | | | | |
| 処理欄 | 受付者 |  | 未納 | 有 ・ 無 | 税務担当 |  |