

神戸市(区)長宛

国民健康保険

- 被 保 険 者 証
- 高 齢 受 給 者 証
(70~74歳の方に交付)

再交付申請書

チェックをいれてください

わからなければ記入は不要です

★太ワク()は必ず記入してください。
 ★申請理由は該当の理由にチェックをいれ、その状況を詳しく記入してください。
 ★汚損・破損等により再交付申請するときは、必ず被保険者証等を添えてください。

被保険者証番号		氏 名			生 年 月 日			個 人 番 号				前期高齢
被 保 険		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他	(状況)									

わからなければ記入は不要です

汚損、破損は保険証を同封してください

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

住 所 神戸市 _____ 区 _____

電 話 () _____

世 帯 主 氏 名 _____

来 行 者 氏 名 _____

個 人 番 号 _____

郵送の場合、記入は不要です

区・支所 確認・処理欄		
保 険 料 未 納	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証
期 限	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 郵送		受 付

わからなければ記入は不要です