

清瀬市国民健康保険

被 保 険 者 証
高 齢 受 給 者 証
限度額適用・標準負担額減額認定証
特 定 疾 病 療 養 受 療 証

再交付申請書

受付日付印

清瀬市長 殿

次のとおり申請します。なお、申請後に証を発見した場合は、ただちに返還します。

被保険者証の記号番号		4 4 — —		※太枠内をご記入ください	
申請日		令和 年 月 日			
世帯主	住 所	清瀬市			
	氏 名			生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	個人番号			電話番号	
被 保 険 者	氏 名	生年月日		個人番号	
		昭和 平成 令和 年 月 日			☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証
		昭和 平成 令和 年 月 日			☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証
		昭和 平成 令和 年 月 日			☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証
		昭和 平成 令和 年 月 日			☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証
再交付理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他 ()			

◇世帯主以外が申請する場合に記入

住 所
氏 名
世帯主との続柄
電話番号

◇清瀬市記入欄

本人確認

☐ 運転免許証 ☐ パスポート
☐ マイナンバーカード ☐ 納税通知書
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証
☐ その他 ()