

様式第4号(第10条関係)

- 被保険者証
限度額適用認定証
標準負担額減額認定証
 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 再交付申請書(交付簿)
特定疾病療養受療証
高齢受給者証

被保険者記号・番号				
被 保 険 者 名	氏 名	性 別	生 年 月 日	個 人 番 号
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
紛失・破損・その他				
再交付申請理由.....				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒501-</p> <p style="text-align: center;">住 所 郡上市</p> <p style="text-align: center;">世帯主氏名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">郡 上 市 長 様</p>				

※以下の欄は記入しないでください。

※ 処 理 状 況	本人確認	免許証	その他	
	回 収	即日	後日(年 月 日)	郵送(年 月 日)
	交 付	即日	後日(年 月 日)	郵送(年 月 日)
	備 考			