

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

☐限度額適用・標準負担額減額

☐特定疾病療養受療証

☐高 齢 受 給 者 証

国民健康保険

再交付申請書(交付簿)

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号				
被 保 険 者 名	氏 名	性 別	生 年 月 日	個 人 番 号
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	
紛失・破損・その他				
再交付申請理由.....				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒501- 住 所 郡上市 世帯主氏名 ⑩ 個人番号 郡 上 市 長 様				

※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		