

受付印

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	取扱者

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証記号番号			
被 保 険 者	氏名	生年月日	備考 (該当するものに○をつけてください)
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証

(あて先) 壱岐市長 様
上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

世帯主 住所 長崎県壱岐市

氏名

電話番号

届出者 氏名

世帯主との続柄()

誓約書

万一紛失した被保険証等を発見したときは、国民健康保険法施行規則第7条第3項の規定によりただちに市に返還します。なお、今後の保管については細心の注意をするとともに、紛失した被保険者証等による不正使用等の事故があった場合は、保険給付額相当額の返納その他一切の責任を負うことを誓約いたします。

壱岐市長 様
世帯主 氏名

<本人確認書類>

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- 運転経歴証明書
- 保険証(国保・社保)
- 年金手帳
- その他()

<受付>

- 保険証発行(窓口交付・郵送)
- 担当者() 確認者()

受付印

決	課長	課長補佐	係長	係	取扱者
裁					

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証記号番号		1234567		被保険者証の番号を記入してください。
被 保 険 者	氏名	生年月日	備考 (該当するものに○をつけてください)	
	壱岐 国保	昭平令 43年 2月 1日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証	
		昭平令 年	氏名・生年月日を記入し、再発行を希望される証に○をつけてください。	
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証	
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証	
		昭平令 年 月 日	保険証・限度額適用認定証 特定疾病療養受領証	

(あて先) 壱岐市長 様
上記のとおり申請します。
令和 5年 6月 1日

世帯主 住所 長崎県壱岐市 芦辺町芦辺浦562番地
氏名 壱岐 国保 電話番号 0920-45-1157
届出者 氏名 壱岐 花子 世帯主との続柄(妻)

誓約書	<本人確認書類> <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 保険証(国保・社保) <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
万一紛失した被保険証等を発見したときは、国民健康保険法施行規則第7条第3項の規定によりただちに市に返還します。なお、今後の保管については細心の注意をするとともに、紛失した被保険者証等による不正使用等の事故があった場合は、保険給付額相当額の返納その他一切の責任を負うことを誓約いたします。	届出年月日・世帯主の住所・氏名・連絡先を記入してください。 (届出者が世帯主以外の場合は、届出者の氏名と続柄を記入してください。)
壱岐市長 様 世帯主 氏名 壱岐 国保	世帯主の氏名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 保険証発行(窓口交付・郵送) <input type="checkbox"/> 担当者() 確認者()