様式第３号（第５条関係）

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被保険者証の記号番号	東みよし　：	保険種別	一般　・　退職
被保険者名			
住　　所			
生年月日	年　　月　　日	性　別	男　・　女
個人番号			
再交付申請の理由	紛　失　・　破　損・その他（　　）		
再交付を必要とするもの	※該当する□にレ印を記入すること。 □国民健康保険被保険者証 □国民健康保険高齢受給者証 □国民健康保険限度額適用認定証 □国民健康保険限度額適用・標準負担額限額認定証 □国民健康保険特定疾病療養受療証		

上記のとおり、再交付して下さるよう申請します。

なお、紛失等の証を後日発見したときは、直ちに東みよし町へ返還します。

また、紛失等の証を不正に使用した場合には、町に医療費の負担をかけないことを誓約します。

年　　月　　日

申請人
（世帯主）
住　所　東みよし町

氏　名　　㊞

個人番号

連絡先　　―　　―

個人番号未提示における事務処理同意欄	
本申請において、事務に必要な対象者の個人番号を職員が確認することに同意します。	印又は自筆
個人番号利用事務確認者	印
所属課長印	印

届出人
住　所

氏　名　　㊞

世帯主との関係　（ 本人・同一世帯員・代理人 ）

連絡先　　―　　―

徳島県東みよし町長　　殿

届出人確認方法	免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・その他（　　）
代理権確認方法	

事務処理欄	総合窓口係処理欄							住民課処理欄					
	窓口名	担当者名	窓口受付日	本課送付日	保険証	回収	個人番号確認	担当者名	本課処理日	税処理日	交　付	回　収	個人番号確認