

神戸市(区)長宛

国民健康保険

- 被 保 険 者 証
- 高 齢 受 給 者 証
(70~74歳の方に交付)

再交付等申請書

チェックをいれてください

わからなければ記入は不要です

★太ワケ
★申請理由は該当の理由にチェックをいれ、その状況を詳しく記入してください。
★汚損・破損等により再交付申請するときは、必ず被保険者証等を添えてください。

被保険者証番号		氏 名			生 年 月 日			個 人 番 号				前期高齢
被 保 険		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
		西暦・昭・平・令	年	月	日	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 未着	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他	(状況)									

わからなければ記入は不要です

汚損、破損は保険証を同封してください

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

住 所 神戸市 _____ 区 _____

電 話 () _____

世帯主名 _____

来 庁 者 名 _____

個人番号 _____

郵送の場合、記入は不要です

区・支所 確認・処理欄			
保険料未納	有・無	年 月 日	
効期限	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口(一)	被保険者証	
付方法	<input type="checkbox"/> 窓口(特)	高齢受給者証	
受 付	_____		

わからなければ記入は不要です