

受付職員

国民健康保険被保険者証等再交付(郵送用)申請書

・太枠欄の中を記入してください。・該当する事項に○をつけてください。

被保険者記号・番号						
被 保 険 者	氏 名		性別	続柄	生 年 月 日	交 付 容 内 容
申 請 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 再交付 1. 紛失 2. 破損 3. 焼失 4. その他 ()					
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 世 帯 主 住 所 伊勢崎市 氏 名 電 話 (連絡先 ()) — 申 請 者 住 所 同 上 氏 名 世帯主との続柄 電 話 (連絡先 ()) — (宛先) 伊勢崎市長						
[本人確認] (コピーを添付) <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 他 ()						
郵送 (/)			交付内容	交付日	確 認	

被保険者証等 回収 未回収