

赤字の部分を記入してください。

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 内 容
	伊勢崎 花子 (再交付を希望する方の氏名)		女	妻	昭和○年○月○日	
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 今泉町二丁目410番地 氏名 伊勢崎 太郎 電話(連絡先) (0270) 24-5111 申請者 住所 同上 氏名 伊勢崎 太郎 世帯主との続柄 本人 電話(連絡先) (0270) 24-5111 (宛先) 伊勢崎市長						
[本人確認] (コピーを添付) <input checked="" 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