様式第2号

受付印	
受付者	確認者

国民健康保険被保険者証紛失(返還不能)届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者番号					
被保険者氏名	性 別	生年月日	個人番号	世帯主との続柄	保険種別
	男・女	年 月 日			□ 一般 □ 退職
	男・女	年 月 日			□ 一般 □ 退職
	男・女	年 月 日			□ 一般 □ 退職
	男・女	年 月 日			□ 一般 □ 退職
	男・女	年 月 日			□ 一般 □ 退職

来庁者氏名	□ 世帯主と同じ	
代理人(世帯員以外の場合)	住 所	世帯主との続柄
来庁者確認書類	□ 運転免許証 □ 介護保険証 □ 健康保険証 □ 個人番号カード □ 保険料決定通知書 □ 年金関係書類 ( ) □ その他 ( )	
再交付申請・返還不能の理由	□ 紛失 □ 破損 □ 盗難 □ 未着 □ その他 ( )	
郵送年月日	年 月 日	
紛失した被保険者証の交付年月日	年 月 日	

□ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
□ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾 道 市 長 様

年 月 日

住所 尾道市 町 番 号
丁目 番地

世帯主氏名 電話

世帯主個人番号

※ 該当する□をチェックしてください。

様式第2号

受付印		
受付者	確認者	

国民健康保険被保険者証紛失(返還不能)届
国民健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者番号		08765432			
被保険者氏名	性 別	生年月日	個人番号	世帯主との続柄	保険種別
尾道 太郎	(男)・女	SO 年 〇 月 〇 日	0123 0123 0123	本人	☑ 一般 ☐ 退職
花子	男・(女)	SO 年 〇 月 〇 日	1234 1234 1234	妻	☑ 一般 ☐ 退職
	男・女	年 月 日			☐ 一般 ☐ 退職
	男・女	年 月 日			☐ 一般 ☐ 退職
	男・女	年 月 日			☐ 一般 ☐ 退職

来庁者氏名	☐ 世帯主と同じ 尾道 花子	
代理人(世帯員以外の場合)	住 所	世帯主との続柄

来庁者確認書類	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ 個人番号カード ☐ 保険料決定通知書 ☐ 年金関係書類 ( ) ☐ その他 ( )

再交付申請・返還不能の理由	☑ 紛失 ☐ 破損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他 ( )

郵送年月日	年 月 日
紛失した被保険者証の交付年月日	年 月 日

☑ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証の再交付を申請します。
☐ 上記の理由により、国民健康保険被保険者証を返還することができませんので届け出ます。

尾 道 市 長 様

令和元年 5月 15日

住所 尾道市 久保一 町 15 番 1 号
丁目 番地

世帯主氏名 尾道 太郎 電話 38-9142

世帯主個人番号 0123 0123 0123

※ 該当する☐をチェックしてください。