様式第2号(第2条関係)

国 民 健 康 保 険

（被保険者証、高齢受給者証、特定疾病受療証、標準負担額減額認定証
限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証）

再 交 付 申 請 書

被保険者証の記号･番号	・
個 人 番 号	
被 保 険 者 の 氏 名	

再交付の理由

１．紛　失　　２．汚　損　　３．その他（　　）

上記のとおり、(被保険者証、高齢受給者証、特定疾病受療証、標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証)の再交付を申請します。

年　　月　　日

伊万里市長　様

世帯主の住所　伊万里市　　町　　番地

氏名

生年月日　明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日

届出人の住所　伊万里市　　町　　番地

氏名　　世帯主との続柄（　　）

電話番号　　―

課長	副課長	係長	受付・審査・作成	点　検	交　付
					窓口・郵送

本人確認方法：運転免許証・個人番号カード・その他(　　)

番号確認方法：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等・住民基本台帳等