

(申請先)東村山市長

国民健康保険(被保険者証・高齢受給者証)再交付申請書

※太枠内ご記入下さい。
※死亡者の個人番号の記載は不要です。

記号番号 36- -

申請日 令和 年 月 日

世帯主 住所 東村山市 町 丁目 番地
(アパート・マンション名)

フリガナ

氏名 電話 ()

再交付
対象者

氏名 (歳)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号

氏名 (歳)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号

氏名 (歳)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号

氏名 (歳)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号

氏名 (歳)

生年月日 昭・平・令 年 月 日 個人番号

再交付申請理由 紛失・破損・盗難・その他()

(該当する理由のところを○で囲んでください)

《誓約書》

上記申請理由により、被保険者証の再交付申請をいたします。今後は、十分に「管理」「取扱い」に注意し、次に掲げる事項とともに誓約いたします。

- (1) 紛失中の被保険者証が見つかった場合、ただちに見つかったかたの被保険者証を返却いたします。
- (2) 紛失中の被保険者証を以て第三者が不正に使用した場合、保険者に対して迷惑をおかけいたしません。
- (3) 再交付申請につき、虚偽または誤認があった場合は、保険者の規則の定めによる不利益処分に従います。

上記誓約いたします。

※ 世帯主の場合は記入不要

申請者 住所 東村山市 町 丁目 番地
(アパート・マンション名)

フリガナ

氏名 続柄() 電話 ()

身元確認資料

免許証・パスポート・個人番号カード(写真付き)・在留カード / 保険証・年金手帳・(公)領収書・その他()

	受付	確認	入力	確認	郵送
担当者欄					