

国民健康保険被保険者証 再交付申請書

再交付申請日	令和 年 月 日			
記号番号				
被保険者	氏名			
	住所			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
世帯主氏名				
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			

私は、美郷町より交付を受けた上記国民健康保険被保険者証を紛失・破損しましたので再交付申請します。

なお、紛失した被保険者証により生じた損失については、全て私が責任を負うことを誓約いたします。

美郷町長 殿