国民健康保険再交付申請書

被保険者記号番号		佐　渡	
被保険者	氏　　名	生年月日	個人番号
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	
		昭・平・令 年　月　日	

再交付する 証　明　書	１．資格情報のお知らせ ２．認定証（限度額適用・標準負担額減額） ３．特定疾病療養受療証
申請の理由	１．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　）

上記について再交付申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所　　佐渡市

（世帯主）

氏　　名

個人番号

電話番号　（　　）　　－

（あて先）佐渡市長

※以下の欄は記入しないでください。

職員記載欄		
	交付年月日	令和　　年　　月　　日　　交付　・　郵送
	交付方法	１．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　）
	本人確認方法	１．顔写真付きの公的証明書 ２．顔写真なしの公的証明書２点以上 等 ３．確認が取れないため郵送交付

（注）１．再交付申請の理由は、具体的に詳しく記載する。
２．破損し、又は汚損した場合は、当該認定証等を添えて提出する。
３．紛失した認定証等を発見したときは、速やかに返還する。