

国民健康保険	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	再交付申請書
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	

被保険者証の記号番号		土 ー					
被 保 険 者	氏 名	性別	生 年 月 日	続 柄	個 人 番 号 <small>※被保険者証・高齢受給者証使用欄</small>		
		男女	. .				
		男女	. .				
		男女	. .				
		男女	. .				
		男女	. .				
		男女	. .				
		男女	. .				
再交付申請の理由		紛失・破損・汚損 その他（ ）					

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 土岐市.....

世 帯 主 氏 名.....[㊟]

個人番号.....

保険証等受領者 氏 名.....[㊟]

(あて先) 土岐市長

※別世帯の方が受領者になる場合、再交付する世帯の方の委任状が必要です。

申 確 認 者 欄	<input type="checkbox"/>	運転免許証等	<input type="checkbox"/>	住民基本台帳カード
	<input type="checkbox"/>	健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/>	パスポート
	<input type="checkbox"/>	在留カード	<input type="checkbox"/>	個人番号カード
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	郵送			

収 納	発 行