



被保険者証番号

国民健康保険 被保険者証等再交付申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

以下の理由により、国民健康保険の被保険者証等の再交付を申請します。

※以下の項目にご記入ください

1 世帯主の方 (必須)	住 所：芦屋市 _____ 町 _____			
	氏 名： _____		個人番号： _____	
電話番号： _____				
2 再交付を 希望する方と 証の種類	再交付を希望する方のお名前	生年月日	証の種類	個人番号
	様	年 月 日	■被保険者証 (兼高齢受給者証)	
	様	年 月 日	■被保険者証 (兼高齢受給者証)	
	様	年 月 日	■被保険者証 (兼高齢受給者証)	
3 申請する理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 交付済み未受領 <input type="checkbox"/> 破損		(芦屋市記入欄) 証回収 有 ・ 無	

以下の3点をご確認いただき、チェックマークを入れてからお送りください。

- (1について) 住民票上の世帯主の方について記入した。
- (2について) 再交付を希望する方の名前、生年月日を漏れなく記入した。
- (3について) 申請する理由にチェックマークを入れた。

※再交付の証(被保険者証(兼高齢受給者証))は、住民票上の住所に世帯主の方あてにお送りします。

※住民票上の住所とは別に送付先を申請されている場合は、その送付先にお送りします。

芦屋市記入欄

資格担当 確認欄	発行した日 <input type="checkbox"/> 申請日と同じ <input type="checkbox"/> R	発送日 <input type="checkbox"/> R	受付者
	交付した保険証の期限 <input type="checkbox"/> R 7 . 3 1 <input type="checkbox"/> R まで (<input type="checkbox"/> 短期証 <input type="checkbox"/> 年齢到達)		
	被保険者証兼高齢受給者証…割合表示 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割→基準収入額の申請 対象・対象外		資格担当
	交付年月日 R		発行期日