

## 被保険者証等再交付申請書

能勢町長

次のとおり申請します。

	申請日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	〒	電話番号

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大 年 月 日 昭・平
	被保険者氏名			
	住所	〒	電話番号	

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格証明書 4 負担割合証 5 負担限度額認定証
申請の理由	1 紛失・焼失      2 破損・汚損      3 その他 (                      )

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
--------	---------------	--

受付印

能勢町記入欄（この欄には記入しないでください）

確認書類	確認者	発行	発行者
<input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (                      )		<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 申請書添付	

再 交 付 し て よ ろ し い か	課長	参事	係長	担当
		/		