

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 年	月	請 日	令和	年	月	日
申 請 者 氏 名		本 関	人との 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
--------	----------------------

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
☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）		☐ 手渡し ☐ 郵送 ☐ 申請書添付	

受 付 印

再 交 付 し て よ ろ し い か	課 長	参 事	係 長	担 当