国 民 健 康 保 険 各 証 再 交 付 申 請 書

鹿島市長　　様　　令和　　年　　月　　日

世帯主住所	鹿島市　　番地
世帯主氏名	
世帯主個人番号	
申請者住所	鹿島市　　番地
申請者氏名	世帯主との続柄（　　）
	電話番号

下　記　の　と　お　り　申　請　し　ま　す　。

1、再交付を受けたい証・・・・・・・該当する証の欄に〇印をご記入ください。

	被保険者証
	高齢受給者証
	標準負担額減額認定証
	限度額適用認定証
	限度額適用・標準負担額減額認定証
	特定疾病療養受療証

2、被保険者証の記号番号　・・・・・　鹿 国 保 1 ・

3、再交付を受けたい者

被保険者氏名	世帯主との続柄			再交付方法	今年度特定健診（40～74歳）該当する所に〇印をお願いします。		
		生年月日	年　月　日	窓口交付	受診済	未受診	対象外
		個人番号		郵 送			
		生年月日	年　月　日	窓口交付	受診済	未受診	対象外
		個人番号		郵 送			
		生年月日	年　月　日	窓口交付	受診済	未受診	対象外
		個人番号		郵 送			
		生年月日	年　月　日	窓口交付	受診済	未受診	対象外
		個人番号		郵 送			
		生年月日	年　月　日	窓口交付	受診済	未受診	対象外
		個人番号		郵 送			

4、再交付申請の理由・・・・・・・　紛失　・　盗難　・　その他（　　）

【市記入欄】

申請者確認	免許証等（　　）	市職員等（　　）
個人番号確認方法 （右記＿＿＿番で確認）	①個人番号カード ②個人番号通知 ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④職員が住基で確認	

担当	受付