

国民健康保険被保険者証  
国民健康保険高齢受給者証 再交付申請書  
国民健康保険減額認定証

令和 年 月 日

長浜市長 様

本書のとおり被保険者証等の再交付を申請します。（※注意事項等をご確認のうえ、ご記入ください。）

注意事項等

- (1) 被保険者証等の再交付を受けた後、紛失した被保険者証等を発見したときは、直ちに市へ返還してください。  
(2) 紛失した被保険者証等により問題が生じた場合は、市は責任を負いかねますので、予めご了承ください。

世帯主住所 長浜市

世帯主氏名

申請者氏名 世帯主との  
続柄

電話番号 ( )

記 号 番 号	滋 長			
被 保 険 者 氏 名 個 人 番 号	性 別	生 年 月 日	再 交 付 理 由	備 考
	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失・汚損・破損 ・その他( )	<input type="checkbox"/> 記号番号証明書
	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失・汚損・破損 ・その他( )	<input type="checkbox"/> 記号番号証明書
	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失・汚損・破損 ・その他( )	<input type="checkbox"/> 記号番号証明書
	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失・汚損・破損 ・その他( )	<input type="checkbox"/> 記号番号証明書
	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失・汚損・破損 ・その他( )	<input type="checkbox"/> 記号番号証明書

※汚損・破損の場合は、被保険者証等を申請時に添えること。

確 認	免許証・個人番号カード・ その他 ( )	日 付 等	/ / 交付・郵送 ・交付しない（資格喪失手続）	担 当	本庁/ 支所