

課 長	副参事	リーダー	担 当

国民健康保険医療費通知再交付申請書

(あて先) 入間市長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主氏名		個人番号															
申請者住所	〒																
電話番号																	

証明対象

被保険者証の記号・番号		.	
被 者	氏 名	診 療 月	備 考
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
		年 月 ~ 年 月	
再交付申請の理由		紛失 ・ 破損 ・ 盗難 ・ その他 ()	
使用目的及び提出先			

※使用目的が明確でない場合は、発行することが出来ません。
※郵送の場合は、下記の本人確認証のコピーを添付してください。

本人確認欄 (コピー添付)	下記の本人確認証 1 マイナンバーカード 2 運転免許証 3 パスポート 4 健康保険の資格を証する書類 5 その他 ()
処 理	令和 年 月 日 再交付済 担当者