

国民健康保険 被保険者証等再交付申請書

様式 5

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	交付年月日											
							令和	年	月	日								
被保険者証の記号・番号				新建 ー														
被 保 険 者 氏 名				個人番号 ※交付申請の理由1・2の場合のみ記入				性別		生年月日								
								男・女		昭・平・令 年 月 日								
								男・女		昭・平・令 年 月 日								
								男・女		昭・平・令 年 月 日								
								男・女		昭・平・令 年 月 日								
交 付 申 理 請 由	1 被保険者証の紛失・盗難			遠 隔 地	居住地													
	2 〃 破損・汚れ				期 間													
3 保険料払込証明書の再交付希望							令和		年		月		日から					
4 限度額認定証等の再交付希望							令和		年		月		日まで					
5 その他 ()																		
上記のとおり申請します。							支部名				支部長印							
 新潟県建築国民健康保険組合 理事長様							令和		年		月		日		組合員住所		氏名	
							個人番号											