

国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

| | | | | |
|--|----|------|-----|------------|
| 被保険者証記号番号 | | 島4 - | | |
| 被 保 険 者 | 氏名 | 個人番号 | 性別 | 生年月日 |
| | | | 男・女 | 年 月 日 |
| | | | 男・女 | 年 月 日 |
| | | | 男・女 | 年 月 日 |
| | | | 男・女 | 年 月 日 |
| 理由 | | | | ※負担割合 割 |
| <p>国民健康保険法施行規則第7条の4第4項の規定により高齢受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; margin: 0 auto;"> </div> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">(代理人)</p> <p>須賀川市長</p> | | | | |

(注) ※欄は、保険者(事務処理者)において記入すること。

| | | | | |
|--------|---|-------|-----|---|
| 伺 い | 適法と認められるので処理してよろしいか。 併せて、別紙により無効告示してよろしいか。 | | | |
| | 年 月 日 | | | |
| 決 裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |
| | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 無効告示 | 第 号 | 年 月 日 | | |

| | | | |
|------------------|-----------------------|-------------|------------------|
| 交 付 | 年 月 日 | | |
| 処 理 確 認 | | | |
| 事 項 | 申 請 者 確 認 | 再 交 付 | 無 効 告 示 |
| 取 扱 者 印 | | | |