

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	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			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> <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			