

様式第2号（第9条関係）

国民健康保険	被保険者証・資格証・明書 高年齢者給付額認定負担 標準負担額適用額認定療養 限度額適用特例疾病療養	再交付申請書
--------	--	--------

被保険者証の記号番号					
被 保 険 者	氏名	性別	生年月日	一般・退職の別	個人番号
				・一般 ・退職本人 ・退職被扶養者	
再交付申請の理由					

上記のとおり申請します 年 月 日	
	住所
世帯主	氏名 (印)
	電話
	個人番号
岐南町長 宛	

※ 被保険者証等を破り、又は汚した場合の申請は、その被保険者証等を添付すること。