

国民健康保険

☐ 資格情報のお知らせ (R 年度)

☐ 特定疾病療養受領証

☐ その他 ()

再交付申請書

天理市長殿 次のとおり申請します。

再交付対象者	氏 名		生 年 月 日	
	1		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
	2		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
	3		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
	4		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
	5		昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
必要なもの	必要なものに✓をつけてください。 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受領証 ☐ その他 ()			
理 由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他 ()			
令和 年 月 日				
申請者	住所	天理市 町 番地		
	氏名			
	続柄	☐ 世帯主 ☐ 世帯員 ☐ 代理人 ()		
	電話番号			

被保険者記号・番号	奈 4 ・
-----------	-------

(事務処理欄)			
本人確認	いきいき健康係	保 険 料 係	交付
・マイナンバーカード ・免許証 ・その他 ()			手渡し 郵送