

# 国民健康保険被保険者証再交付申請書

平成 年 月 日

石 巻 市 長 殿

世帯主 住 所  
氏 名  
電話番号

印

国民健康保険法施行規則第7条の規定により、下記のとおり申請します。

1 被保険者証記号・番号 み石 A

2 被保険者の氏名・性別及び生年月日

番 号	氏 名	性 別	生 年 月 日
1		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
2		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
3		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
4		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
5		男・女	明・大 昭・平 年 月 日
6		男・女	明・大 昭・平 年 月 日

3 再交付申請の理由

紛失・焼失・盗難・汚（破）損・保管場所不明・その他（  
汚（破）損等の場合は被保険者証添付

4 理由の生じた年月日 平成 年 月 日

5 理由の生じた場所 \_\_\_\_\_

6 誓約書 失った被保険者証を発見したときは、ただちに返還することはもちろん、失った被  
保険者証に伴う事故については、当方においてその一切の責任を負うことを誓います。

平成 年 月 日

世帯主 住所  
氏名

印

決 裁	課 長	課長補佐	窓口グループ リーダー	窓口グループ

確 認 印	
-------------	--