様式第８－１

課　長	係　長	係

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

被　保　険　者　番　号	
被保険者氏名	生　年　月　日 個　人　番　号
	年　　月　　日
	年　　月　　日
	年　　月　　日
	年　　月　　日
	年　　月　　日
	年　　月　　日
申　請　理　由	紛失　・　汚損　・　盗難　・　その他（　　）

上記のとおり申請します。
なお、旧被保険者証等を発見したときは、ただちに旧被保険者証等を返還します。
また、旧被保険者証等により市に損害を与えたときは、私において弁償の義務を負います。

年　　月　　日

三　原　市　長　様

住　所　三原市　　町　　番地
世帯主　　丁目　　番　　号

氏　名

個人番号
電話（　　）　－

届出人　氏　名　（世帯主との続柄　　）

届出人の確認	１　運転免許証　（　　） ２　パスポート　（　　） ３　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　（　　） ４　そ　の　他　（種類　　）	処理チェック欄	１　交　付 ２　郵　送 （　／　）	確認者印