

様式第 5 号 (第10条関係)

国民健康保険被保険者証
国民健康保険高齢受給者証再交付申請書
国民健康保険減額認定証

年 月 日

長浜市長 あて

番 号

住所 長浜市 町 番地

世帯主氏名

申請者氏名 続柄

国民健康保険被保険者証
国民健康保険高齢受給者証を (紛失) したので再交付されたく申請します。
国民健康保険減額認定証 (汚損)
(破損)

被 保 険 者 氏 名	生年月日	備 考
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

国民健康保険被保険者証
紛失した国民健康保険高齢受給者証が発見された場合は速やかに返還すること。
国民健康保険減額認定証

国民健康保険被保険者証
汚損・破損の場合はその国民健康保険高齢受給者証を申請時に返還すること。
国民健康保険減額認定証

記号	滋長	確	免許証・その他	日	/ /	担	
番号		認	()	付	交付・郵送	当	