

再 交 付 年 月 日	年 月 日	
亡失等した証の 交付年月日	被保険者証	年 月 日
	その他	年 月 日

決	年 月 日		
	課長	係長	係員
定			

国民健康保険被保険者証等亡失届 兼 再交付申請書

(宛 先) 京都市

区長

(注) 太線の中のみ記入してください。

国保記号番号	京	申請日	年 月 日
世帯主 氏名		申請者氏名 (世帯主との続柄)	()
世帯主 の住所	京都市 区		
<p>下記（郵送未着を除く。）のとおり国民健康保険被保険者証等の亡失を届けるとともに、再交付を申請します。以後、亡失した証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>なお、亡失した証により生じた事故については、貴市に一切の負担をかけないことを誓約いたします。</p>			

- | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用認定証 |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険資格証明書 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証 |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険高齢受給者証 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険標準負担額減額認定証 |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険特定疾病療養受療証 | |

再 交 付 対 象 者	国保記号 番号の枝番	フリガナ 氏名	生 年 月 日
		マイナンバー ()	昭・平・令 年 月 日
		マイナンバー ()	昭・平・令 年 月 日
		マイナンバー ()	昭・平・令 年 月 日

亡失及び 再交付 申請理由	コード	理由	左の該当番号を○印で囲み、下にその状況・場所などを詳しく書いてください。 ●亡失等年月日 年 月 日 ●場所（該当するものを○印で囲んでください。） 病院（医院）・自宅・その他（ ）・不明 ●状況
	3	紛失	
	4	盗難	
	5	その他	

※ 限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証、標準負担額減額認定証及び特定疾病療養受療証の受取りについては、申請書に署名してください。

署名

本人確認書類

- 運転免許証 マイナンバーカード
- 年金手帳・基礎年金番号通知書・年金証書
- 旅券（パスポート）
- 在留カード・特別永住者証明書（外国人登録証明書）
- その他 ()

証		入力	無効公告
区分	亡失記録	作成記録	
一般 退職			

 マイナンバー挙証資料有