

**被 保 険 者 証**  
**限 度 額 適 用 認 定 証**  
 国民健康保険 再交付申請書  
**限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証**  
**特 定 疾 病 療 養 受 療 証**

被保険者証記号番号	上 越		
被 保 険 者 氏 名	性 別	生 年 月 日	
個 人 番 号			
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
再交付申請理由	1. 紛失 2. 破損・汚損 3. その他 ( )		
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> (宛先) 上 越 市 長 世帯主 住 所 上越市 氏 名 個人番号 電話番号 — —			

※同世帯以外の方が届け出る場合には委任状が必要となります。

届出人 確認欄	届出人 氏 名	1. 運転免許証 2. パスポート 3. その他 ( )	受付者	発行
	世帯主 との続柄			済・未済