決裁区分	保険健康課	課長	班長	班員	受付
丙					

交付・郵送
年　月　日

（伺い）下記のとおり申請がありましたので再交付してよろしいでしょうか。

●交付方法　□ 窓口　□ 郵送　□ 交付無し（紛失届のみの場合）

●届出人　□ 世帯主　□ 世帯員　□ 代理人（　　）

●本人確認　□ 免許証　□ その他（　　）　□ 無し

国民健康保険各種再交付申請書（紛失届）及び誓約書

被保険者証	記号	島国保	番号	
世帯主	住所	島原市　町　丁目　番地		
	氏名			
国保証種類	□ 被保険者証　□ その他（　　）			
再交付申請理由	□ 紛失　□ 汚損　□ その他（　　）			

再交付が必要な者・紛失者	氏名	性別	続柄	生年月日
		男・女		昭・平・令　年　月　日
		男・女		昭・平・令　年　月　日
		男・女		昭・平・令　年　月　日
		男・女		昭・平・令　年　月　日

紛失した被保険者証が見つかったときは、必ず返還致します。

なお、紛失した被保険者証による不正使用の事故があった場合については一切の責任を持つことを誓約のうえ、上記のとおり再交付申請（紛失届）致します。

令和　年　月　日

届出人　住　所　島原市　町　丁目　番地

氏名　印

（世帯主との続柄）

島原市長様