

| | | | |
|--------|------------------------|----|----|
| 伺 | 適法と認められるので処理してよいか伺います。 | | |
| | 平成 年 月 日 | | |
| 決 裁 | 課長 | 班長 | 課員 |
| | | | |

| 処 理 確 認 | | |
|---------|-------|-----|
| 事項 | 台帳の整理 | 再交付 |
| 月日 | | |
| 取扱者 | | |

再 交 付

国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

| | | | | | |
|----------------------|------------------|-------------|-------------|----------|--|
| 受給者 | 氏 名 | | 性 別 | 生 年 月 日 | |
| | | | 男 ・ 女 | 昭和 年 月 日 | |
| 住 所 | 福島県田村郡小野町大字 字 番地 | | | | |
| 世帯主氏名 | | 加 入 医療保険 | 名 称 | 国民健康保険 | |
| | | | 記号番号 | 島73 ー | |
| 再交付申請の理由 忘失 ・ 破損 のため | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 住 所 小野町大字 字 番地 | | | | | |
| 申請者 | | | | | |
| 氏 名 ⑩ | | | | | |
| 電 話 ー | | | | | |
| 小 野 町 長 様 | | | | | |