受付者	受付印	確認

再 交 付 申 請 書

（あて先）八 尾 市 長　　被保険者記号番号 八国

このたび、下記の理由により、下記の証を再交付して下さるよう申請します。なお、今後このようなことがないように注意するとともに、旧証発見の際は直ちに返還いたします。

＜再交付希望の証＞

１.資格確認書または資格情報のお知らせ　２.特定疾病療養受療証

３.限度額適用･標準負担額減額認定証　　４.その他（　　）

＜再交付理由＞

１.紛失　２.盗難　３.棄損　４.滅失　５.焼失　６.その他（　　）

※　該当される方の氏名・生年月日及び個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。

被 保 険 者 氏 名	生　年　月　日	個　人　番　号 （マイナンバー）
	昭和・平成・令和 年　月　日	
	昭和・平成・令和 年　月　日	
	昭和・平成・令和 年　月　日	
	昭和・平成・令和 年　月　日	
	昭和・平成・令和 年　月　日	
	昭和・平成・令和 年　月　日	

令和　　年　　月　　日

申請人（世帯主）　住所　八尾市

氏名

個人番号(マイナンバー)

電話番号　　－　　－

届　出　人　　住所

氏名

電話番号　　－　　－　　（世帯主との続柄　　）