記載例

国民健康保険　限度額適用（食事（生活）療養標準負担額減額　限度額適用・標準負担額減額）認定証再交付申請書

令和　〇年　〇月　〇日

（宛先）岡　崎　市　長

（世帯主）住　所　世帯主の住所

氏　名　世帯主の氏名

マイナンバー(個人番号)　１２３４　－　５６７８　－　９０１２

（電話　0564　－　23　－　6169　）

世帯主の内容を記入

次のとおりですので、次の認定証を再交付してください。

限度額認定証の対象となるかたの内容を記入

再交付を申請する認定証	□ 限度額適 □ 食事（生 □ 限度額適用・標準 減額認定証	
被保険者証記号番号	１２３４　－　５６７８	
減　額　対　象　者	氏　　名	再発行する対象のかたの氏名
	生　年　月　日	(S)・H・R　〇年　〇月　〇日生
	マイナンバー（個人番号）	１２３４－５６７８－９０１２
	世帯主との続柄	妻
再交付を申請する理由	☑ 紛失のため □ 盗難にあったため □ 損傷や汚損のため □ その他（　　）	

注　損傷により限　　認定証等の再交付を申請する場合は、既に交付を受けた度額適用

再交付を申請する理由の該当する項目をチェックしてください

受付	入	

個人番号カード 通知カード 住民票　公簿	住基カ(写有) 他（　　） 年手　保険証　医療受給証 住基カ(写無) 他（　　） 学生証　他（　　）

受付印