

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 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住 所 岡崎市

氏 名

マイナンバー(個人番号)

(電話)

次のとおりですので、次の認定証を再交付してください。

再交付を申請する認定証	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 食事（生活）療養標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
被保険者証記号番号	—	
減 額 対 象 者	氏 名	
	生 年 月 日	S・H・R 年 月 日生
	マイナンバー (個人番号)	
	世帯主との続柄	
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	<input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 盗難にあったため <input type="checkbox"/> 損傷や汚損のため <input type="checkbox"/> その他 ()	

注 損傷により限度額適用認定証等の再交付を申請する場合は、既に交付を受けた限度額適用認定証等を添付すること。

受付	入力	決定
----	----	----

番 号 確 認	本 人 確 認
個人番号カード	運免 在留 障手 パスポート
	住基カ(写有) 他 ()
通知カード	年手 保険証 医療受給証
住民票 公簿	住基カ(写無) 他 ()
	学生証 他 ()

受付印
