

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 ○年 ○月 ○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

こちらから連絡させていただく場合がありますので、連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

(個人番号) 世帯主のマイナンバー

(電話 ○○○○ - ○○ - ○○○○)

次のとおりですので、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	
被保険者記号番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8	
減 額 対 象 者	氏 名	再交付を受けるかたの氏名
	生 年 月 日	⑤・H・R ○年 ○月 ○日生
	マイナンバー (個人番号)	再交付を受けるかたのマイナンバー
	世帯主との続柄	本人、妻 等
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> 盗難にあったため <input type="checkbox"/> 損傷又は汚損のため <input type="checkbox"/> その他 ()	

該当する申請理由に
✓を付けてください。

紛失・損傷・汚損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
用認定証等を添付すること。

番号確認	本人確認
マイナンバーカード	マイナンバーカード 運免 在留 障手 パスポート 他 ()
通知カード	年手 資格確認書等 医療受給証 他 ()
住民票 公簿	学生証 他 ()

受付印

届出人署名

申請書を記載されるかたの氏名