

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.....

氏 名.....

マイナンバー(個人番号).....

(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	—																					
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)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
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"/> 損傷又は汚損のため <input type="checkbox"/> その他 ()																					

注 損傷又は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、既に交付を受けた限度額適用認定証等を添付すること。

受付	入力	審査
----	----	----

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

受付印

届出人署名