

国民健康保険 限度額適用 (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

平成 年 月 日

(あて先) 岡崎市長

(世帯主) 住 所 岡崎市 十王町2丁目9番地
氏 名 十 王 太 郎 (印)
(電話 ○○ 局 ○○○○ 番)

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 checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 食事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	0 1 2 3 - 4 5 6 7
減 額 対 象 者	氏 名 十 王 花 子
	生 年 月 日 (S)・H ○年○月○日生
	世帯主との続柄 妻
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。

(代理による申請の場合は、下に代理人の住所・氏名を記入してください。)

住所 _____

氏名 _____ (印)

受 付 印