

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定証再交付申請書

| | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------|------|---------------|
| 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号 | 21- | | 長期入院 | 1 該当 2 非該当 |
| 減額及び限度額適用の認定を受けた被保険者の氏名, 個人番号及び生年月日 | 氏 名 | | | |
| | 個 人 番 号 | | | |
| | 生 年 月 日 | S ・ H ・ R | 年 | 月 日 |
| 再交付申請の理由 | 上記のとおり再交付を申請します。 令和 年 月 日 住所 八千代市 世帯主 氏名 個人番号 電話 () (宛先) 八千代市長 | | | |

| | | | |
|-----|-----|-------|--|
| 代理人 | 氏 名 | 対象者との | |
| | 電 話 | 関係 | |

注

- 標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証を破り, 又は汚した場合の申請には, その標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証を添付してください。
- 標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証の再交付を受けた後, 失った標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証を発見したときは, 直ちに, 発見した標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証を市に返還してください。

| | | | | | |
|--------|----------|-----|-----|-----|-----|
| 決 裁 | 課 長 | 補 佐 | 副主幹 | 主 査 | 担 当 |
| | 令和 年 月 日 | | | | |

| | |
|-------------|---------------------|
| 公印使用 承認印 | 令和 年 月 日 ⑩ 個 |
|-------------|---------------------|

| 確認及び処理欄 | | |
|---------|---|------------|
| 保険証 | 標準負担額減額認定証・ 限度額適用認定証 | 保険料 未 納 |
| | 適用区分 ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅰ 1 交付年月日 (. .) 2 郵送年月日 (. .) 3 返還年月日 (. .) | 1 有 2 無 |