

記入例

第11号様式

(用紙規格 J I S A 4)

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-	1 2 3 4 5 6 7	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	八千代 花子		
	個人番号	(記入不要)		
	生年月日	S (H) R	2年	3月 3日
再交付申請の理由	紛失			
上記のとおり再交付を申請します。		世帯主の方のご住所・お名前・お電話番号		
令和 年 月 日		住所 八千代市大和田新田〇-〇		
書類をご記入いただく日付		世帯主 氏名 八千代 花子		
(宛先) 八千代市長		個人番号 (記入不要)		
		電話 ()		

代理人	氏名	対象者との 関係
	電話	

注 1 標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証を破り、又は汚した場合は限度額適用認定証を添付し、認定証の再交付を受けた後、失認定証を発見したときは、直限度額適用認定証を市に返還してください。

世帯主以外の方が申請書を持参する場合は代理人欄も記入してください。

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 個

確認及び処理欄		
本人確認	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 有 2 無
	1 交付年月日 (. .) 2 郵送年月日 (. .) 3 返還年月日 (. .)	