

様式第6号(第3条関係)

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
 限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所 _____
 (世帯主) 氏 名 _____
 個人番号 _____
 電 話 _____

次のとおり申請します。

限度額適用 減額対象者	被保険者記号・番号	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
	世帯主との続柄	
再交付を申 請する理由	事故発生年月日 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 盗難にあった。 <input type="checkbox"/> 紛失した。 <input type="checkbox"/> 破れた。 <input type="checkbox"/> 汚損した。 <input type="checkbox"/> その他()	
処 理 欄	1 書留で郵送 2 身分証明証、運転免許証で本人確認して窓口で交付 3 その他	

注1 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。

注2 限度額適用認定証等の再交付を受けた後、失った限度額適用認定証等を発見したときは、ただちに、発見した限度額適用認定証等を返還すること。