

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

受付職員

・太枠欄の中を記入してください。・該当する事項に○をつけてください。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			ま ー					
被 保 険 者	氏 名	個 人 番 号	続 柄	生 年 月 日	交 付 内 容			
				S H R 年 月 日				
申 請 理 由	☐ 再交付 1. 紛失 2. 破損 3. 焼失 4. その他 ()		☐ 窓口交付 1. 証が届かない 2. 郵便局から返戻となった 3. 在留期間の更新 4. その他 ()					
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 世 帯 主 住 所 氏 名 個人番号 電 話（連絡先） () ー 来 庁 者 住 所 氏 名 世帯主との続柄 電 話（連絡先） () ー (宛先) 前橋市長							
〔本人確認〕 ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード ☐ 他 ()			〔身元確認〕 ☐ 免許証 ☐ パスポート ☐ 個人番号カード ☐ 在留カード ☐ 他 ()			〔個人番号確認〕 ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票（個人番号記載あり） ☐ 他 ()		
郵送 (/)			交付内容	交付日	確 認			
				令和 年 月 日				