

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

被保険者証記号番号		奈13-				
世帯主	住所	奈良県生駒郡平群町				
	氏名		生年月日	年	月	日
	個人番号					
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	年	月	日
	個人番号					
	連絡先	-	-	世帯主との 続柄		
再交付申請の理由		理由を具体的に記入してください。				
1 紛失 2 破損・汚損・焼失 3 その他						

上記のとおり申請致します。

年 月 日

住 所

申請人

氏 名

個人番号

連絡先

平群町長 様

役場記入欄	・世帯主	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・減額対象者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・申請人	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード
		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票