課 長	課長補佐	係 長	係

窓口

限　度　額　適　用　認　定　証
国民健康保険　標　準　負　担　額　減　額　認　定　証　再交付　申請書
限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者証	記　号	五所川原		番号									
世　帯　主	住　所	五所川原市											
	氏　名				生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日 平成						男・女	
	マイナンバー												
対　象　者	氏　名				生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和						男・女	
	マイナンバー												
	世帯主との続柄				認定証添付の有無	有　・　無							
再交付の書類	○　限度額適用認定証（ア～エ、現役並みⅠ～Ⅱ） ○　限度額適用・標準負担額減額認定証(オ,低Ⅰ～Ⅱ) ○　標準負担額減額認定証（食事のみ）				再交付申請の理由 １．自宅内紛失 ２．路上紛失 ３．旅行中紛失 ４．汚 損 ５．破 損 ６．焼 失 ７．その他（　　）								

上記のとおり再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　　〒　　：

住　　所　：五所川原市

氏　　名　：　　印

マイナンバー

電話番号　：

五所川原市長　殿

処理欄	
	○ 窓口交付済（裏にコピーを取ってください）
	○ 翌日郵送　（当日処理のカゴに入れてください）