

国民健康保険認定証等再交付申請書

1. 再交付を希望するものをチェックして下さい。

- ☐一部負担金免除証明書
 ☐限度額適用・標準負担額減額認定証
 ☐限度額適用認定証
☐特定疾病療養受療証
 ☐資格情報のお知らせ
 ☐資格確認書

2. 受付窓口へ持参するもの(郵送の場合は写しを添付してください。)

- ☐本人が確認できる書類(※顔写真のないものは2点以上必要です)
☐個人番号(マイナンバー)が確認できる書類
☐提出者が代理人の場合は、委任状の添付

国保認定証書 (再交付対象者)	氏 名 ・ 個 人 番 号										性 別	生 年 月 日		
											男 ・ 女	(昭・平・令) 年 月 日		
	個人番号													
											男 ・ 女	(昭・平・令) 年 月 日		
	個人番号													
											男 ・ 女	(昭・平・令) 年 月 日		
	個人番号													
											男 ・ 女	(昭・平・令) 年 月 日		
個人番号														
再発行申請の理由					紛 失 ・ 破 損 ・ 汚 損 ・ 盗 難 ・ 棄 損 ・ その他									

- ※1 破損又は汚損により再交付を希望する場合は、その破損又は汚損した証書を添付すること
 ※2 紛失した証書等を発見した場合は、速やかに返還すること。
 ※3 代理人の場合、委任状と代理人の本人確認書類が必要です。
 ※4 郵送での受取りの場合は、避難先登録住所へ郵便にて送付いたします。
 ※5 マイナ保険証をお持ちの場合、限度額適用・標準負担額減額認定証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証の紙での提示は不要となります。マイナ保険証を医療機関にご提示ください。

上記のとおり申請します。 大熊町大字

年 月 日

住 所

世
帯
主

氏 名

個人番号(12桁)

電 話 番 号

大 熊 町 長 様

伺	適法と認められるので処理してよろしいか		
	年 月 日		
	課 長	係 長	係
	年 月 日		

市 町 村 処 理 欄			
窓 口	受 付 者	本 人 確 認	個 人 番 号 の 確 認
☐ 大 熊			
☐ 会 津			
☐ い わ き			
☐ 郡 山	再発行日	年 月 日	
☐ 郵 送	郵送日(受渡日)	年 月 日	