

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

食事療養標準負担額減額認定証

生活療養標準負担額減額認定証

再交付申請書

(申請する証の□にレをご記入ください)

住	新宿区	丁目	番(番地)	号	記号番号	(04 ・ 65) - .			
所	方		世帯主	新宿区長 宛て 令和 年 月 日 左記の理由により再交付を申請いたします。					
No.	氏名		続柄	生年月日		届出人 1 本人 2 世帯主 3 代理人			
1				昭・平・令 年 月 日		氏名		電話	
2				昭・平・令 年 月 日		代理人の記入 住所			
3				昭・平・令 年 月 日		本人との関係		本人の電話	
4				昭・平・令 年 月 日		誓約書 今後、紛失・盗難・未着の証を発見した時は、直ちに返納します。 令和 年 月 日 氏名 _____ 新宿区長 宛て			
5				昭・平・令 年 月 日					
再交付申請の理由		1 破損 2 汚損 3 紛失 4 盗難 5 未着 6 その他()							
確認方法			備考						
1 保険料通知書又は領収書									
2 運転免許証(No.)									
3 パスポート(No.)									
4 在留カード又は特別永住者証明書 (-)									
5 公共料金領収書(電気 ガス 水道)									
6 その他()									
処理経過		課長		係長		係員		証区分	
								減額	
								食事	
		受付		入力		確認		交付	
								窓口 ・ 郵送	