

限度額適用・標準負担額減額認定証

限度額認定証

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

記入見本

太枠線内をご記入ください。

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 歌舞伎町 1 丁目			4 番(番地)	1 号	記号番号	(04)・65) - 00・0000			
所	世帯主の情報を ご記入ください。			方	世帯主	新宿 太郎			新宿区長 宛て 令和 5 年 4 月 1 日 左記の理由により再交付を申請いたします。	保険証の記号番号を ご記入してください。
No.	氏名		続柄	生年月日		届出人	1 本人 2 世帯主 3 代理人		申請を行う方の情報を ご記入ください。 代理人申請の場合は、 代理人の方の情報を下 欄にご記入ください。	
1	新宿 花子		妻	昭・平・令 36年 6月 2日		氏名	新宿 太郎 電話 03-0000-0000			
2				昭・平・令 年 月 日		代理人 の み	住所			
3				昭・平 日		記	本人との関係 本人の電話			
4				昭・平 日		誓約書 再交付をした証を紛失しました。今後、紛失した証を発見したときは、直ちに返納し、貴区に迷惑をおかけいたしません。 令和 5 年 4 月 1 日 氏名 新宿 太郎				
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	該当するものに○を つけてください。			備考						
1 保険										
2 運転										
3 パスポート(No.										
4 在留カード又は特別永住者証明書				短期証 有効期限確認						
(-)				年 月 日						
5 公共料金領収書(電気 ガス 水道)										
6 その他()										
処	課長	係長	係員	申請日の記入と届出人のご署名 をお願いします。						
理				長事						
経										
過	受付	入力	確認	交 付						
				窓 口 ・ 郵 送						