

**記入例**

**国民健康保険 証再交付申請書**

限度額適用認定証 用  
特定疾病療養受療証

申請日 年 月 日

岸和田市長 様

以下のとおり証の再交付を申請します。

記号番号 岸国

申請者 (世帯主)	氏名	岸和田 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和58年2月1日
	住所	岸和田市岸城町7番1号			
	電話番号	( 072 ) 423 - 9457			
対象者 (再交付が必要な方)	1 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主と同じ	男	年月日	日
	再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 ・ <input type="checkbox"/> 破損 ・ <input type="checkbox"/> 盗難		証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	2 氏名	岸和田 花子	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和59年10月1日
	再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 ・ <input type="checkbox"/> 破損 ・ <input type="checkbox"/> 盗難		証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	3 氏名		男	年月日	年 月 日
	再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 ・ <input type="checkbox"/> 破損 ・ <input type="checkbox"/> 盗難		証の種類	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
届出人	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 対象者(2)と同じ		世帯主からみた 続柄	
	住所				
	電話番号	( ) -			

※破損で証が現存する場合はご返還ください。

送付先	宛名	区分	病院・施設 その他 ( )
	住所 〒 -	電話番号	( ) -

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

\*\*\*\*\* これより下は記入しないでください \*\*\*\*\*

処理欄	本庁受付	センター受付	受付	処理区分 郵送 (発送日: 年 月 日) 窓口 確認書類: [ ] の免許証 [ ] の保険証 【その他】
			本庁処理	
			交付	