

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

被保険者証 記号・番号			組合員氏名	
限度額適用者 減額対象氏名	氏 名			生 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
再交付申請の理由				認定証 回収区分
				添 付 回収不能
上記のとおり申請します。 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 住 所 組合員 氏 名 電 話 () -</p> <p style="text-align: left;">全国土木建築国民健康保険組合理事長 様</p>				

(注)「認定証回収区分」欄は、該当する文字を○で囲んでください。

認定証の希望送付先（受け取り希望先が上記の住所以外の場合）

住 所	〒 -			
電話番号	()	宛 名	組合員との関係 ()	
※日中連絡が取れる番号を記入してください。		※宛名が組合員本人である場合、記入は不要です。		