

国民健康保険 限度額適用 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 減 額 認 定 氏 用 者 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。 令和 年 月 日 組合員 郵便番号 住所 氏 名 電話 () - 全国土木建築国民健康保険組合理事長 様				

(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。		