

- 特定疾病療養受療証
- 限度額適用認定証
- 食事療養標準負担額減額認定証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証

令和 年 月 日

福知山市長 様

(世帯主)

住 所 福知山市

氏 名

個人番号

電話番号 ( )

下記の理由により再交付の申請をします。

被 保 険 者 証 記 号	福				番 号							
再交付が必要な方の氏名							生年月日	昭・平・令	年	月	日	
種 別 該当する証に <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 食事療養標準負担額減額認定証											
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>【事情】</b> _____ _____											

※なくなった証が出てきたときは、ただちに保険年金課又は支所に返還してください。

この申請書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市国民健康保険事業に係る事務に利用します。

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
実存確認方法	写真有 (1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	写真無 (2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
証 交 付	<input type="checkbox"/> 窓口 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 ) <input type="checkbox"/> 郵送										

処 理 欄	限度額適用認定証等		資 格 等				
	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	加入区分	一般・退本・退扶			
	交付年月日	令和 年 月 日	資格取得日	昭・平・令 年 月 日			
	発効期日	令和 年 月 日	個人コード	( )			
	有効期限	令和 年 月 日	受付者氏名				
	長期入院該当日	令和 年 月 日					
	特定疾病療養受療証		決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
	一部負担金	1万円 ・ 2万円					
	交付年月日	令和 年 月 日					
	発効期日	令和 年 月 日					
有効期限	令和 年 月 日						