

記入例

国民健康保険決定通知書等再交付申請書

| 対象の被保険者 | 記号・番号 | 氏名 | 生年月日 |
|---------|--------------------------|-------|-------|
| | 戸田・○○○○○○ ○は保険証の6桁の番号 | 戸田 一郎 | 年 月 日 |
| | | | |
| | | | |

以下の3から5までの通知書等を希望する場合は、記入不要です。

| | | |
|--------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 再交付を希望する通知書等 | 1 限度額適用・標準負担額減額認定証 | 対象の番号に○をつけてください。 3～5は期間も記入してください。 |
| | 2 特定疾病療養受療証 | |
| | 3 高額療養費支給決定通知書 (年 月診療分) | |
| | 4 療養費支給決定通知書 (年 月診療分) | |
| | 5 医療費のお知らせ (年 月 ~ 年 月診療分) | |
| | 6 その他 () | |
| 申請の理由 | 1 紛失のため | 対象の番号に○をつけてください。 |
| | 2 破損や汚損のため | |
| | 3 その他 () | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)

戸田市長

住所 戸田市上戸田1丁目18番1号
 世帯主氏名 戸田 一郎
 電話番号 048-441-1800

| 確認者 | 担当者 |
|-----|-----|
| | |