|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | | | | 限度額適用認定証  限度額適用・標準負担額減額認定証  特定疾病療養受療証 | | | | 再交付申請書 | |
| 記号・番号 |  | |  | | 組 合 員 氏 名 |  | | | |
| 対象者 | | 氏 名 | | | | | 生 年 月 日 | | |
|  | | | | | 昭 ・ 平 ・ 令 　　年 　 月 　 日 | | |
| 再交付申請の理由 | |  | | | | | | | 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  郵便番号  住 　所  組合員  氏 　 名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話　（　 　　）　 　　　－  全国土木建築国民健康保険組合理事長 様 | | | | | | | | | |

(注)　「証回収区分」欄は、該当する文字を○で囲んでください。

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