

健康保険限度額適用認定証等 滅失・再交付申請書

| | | |
|-----------------------|--------------------|-----|
| 健 保 使 用 欄 | 認定証種別 | 確認印 |
| | 1 限度額適用認定証 | |
| | 2 限度額適用・標準負担額減額認定証 | |

◎再交付理由がき損（破損）の場合は、健康保険限度額適用認定証等を添付してください。

| | | | | | | |
|---|----|-------------------|------|---|---|----|
| 健康保険限度額適用認定証等 | | 被保険者の氏名 | | | | |
| 記号 | 番号 | Ⓜ | | | | |
| | | | | | | |
| 被保険者の住所 | | | | | | |
| 〒 - | | | | | | |
| 再 交 付 希 望 の （ 該 当 番 号 に ○ 印 ） 左 記 に 該 当 す る 家 族 の 氏 名 | 1 | 被保険者（本人が保持しているもの） | | | | |
| | 2 | 被扶養者（家族が保持しているもの） | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | | | 続柄 |
| | | | 大正 | 年 | 月 | 日 |
| | | | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 大正 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 大正 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | |

再交付申請の理由
(該当番号に○印)

| | |
|---|--------------|
| 1 | 滅失・き損(破損)のため |
| 滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) | |
| 平成 年 月 日 (場所) | |
| 滅失・き損(破損)に至った状況(できるだけ詳細に記入してください) | |
| 健康保険限度額適用認定証等を滅失又は、き損(破損)いたしました但し今後は取扱いに十分注意します。(滅失した健康保険限度額適用認定証等を発見した時は、ただちに返納いたします。) | |
| 被保険者署名・捺印 Ⓜ | |
| 2 | 盗難のため |
| 盗難にあった年月日と場所 | |
| 平成 年 月 日 (場所) | |
| 盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入してください) | |

上記のとおり被保険者から限度額適用認定証等の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は限度額適用認定証等を滅失またはき損(破損)することのないように十分指導いたします。

| | |
|--------|---|
| 事業所所在地 | Ⓜ |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | |

平成 年 月 日 提出

受付日付印