

経過	限度額認定証の返納があったときは、その年月日	平成 年 月 日
	資格を喪失した者であるときは、その年月日	平成 年 月 日

常務理事	事務長	担当

**健康保険 限度額適用認定証 滅失/き損・再交付申請書**

被 保 険 者 情 報	記号・番号	-	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)					④ * 自署の場合は押印を省略できます
	住所	〒 -					
TEL (携帯可)	- -						

再 交 付 が 必 要 な 方	<input type="checkbox"/>	被保険者分				再交付の理由	
						<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損
						<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/>	被扶養者分					
		該 当 者 情 報 (被 扶 養 者)	氏名	生年月日	性別	再交付の理由	
				昭和 平成	年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失
						<input type="checkbox"/> その他	
	氏名		生年月日	性別	再交付の理由		
			昭和 平成	年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損
					<input type="checkbox"/> その他		
		氏名	生年月日	性別	再交付の理由		
			昭和 平成	年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損
					<input type="checkbox"/> その他		

上記のとおり限度額認定証の再交付について申請します。

記入日 年 月 日

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。

【被保険者のマイナンバー】

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印