

健康保険 限度額適用認定証
滅失・再交付申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の 記号・番号	—	事業所名			
	被保険者の	氏名		生年月日		
		〒		◎	昭和 平成	年 月 日
		住所				
		電話 ()				
	適用対象者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
				昭和 平成	年 月 日	
滅失・毀損の別 とその経緯	滅失 ・ 毀損 (※1)		その経緯			
再交付	必要 ・ 不要					

通信欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※1. 再交付理由が「毀損」の場合は、毀損している認定証を添付してください。

事業主の記入欄	上記のとおり申請がありましたので提出します。	平成 年 月 日
	事業所の所在地 名称	
	事業主氏名印	◎

健保 使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	
	発議日	平成 年 月 日		被保険者の月額	標準報酬月額
発効日	平成 年 月 日		千円	83万円以上	ア
有効期限	平成 年 月 日			53万～79万円	イ
				28万～50万円	ウ
			26万円以下	エ	