

## 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	氏名			生年月日		
					年 月 日		
		住所					
		〒 —			電話 ( )		
	交 付 希 望 者	氏名			生年月日		
					年 月 日		
		被保険者との続柄		滅失・毀損の別 (※) とその経緯			
				滅失 ・ 毀損		[経緯]	
		再交付		※「毀損」の場合は、毀損した認定証を添付してください。			
必要 ・ 不要							
備考欄							

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

- ◆再交付した認定証は、被保険者が所属する事業所宛に送付いたします。
- ◆退職して任意継続している方は、ご登録の住所宛に簡易書留で送付いたします。
- ◆年月日は元号でご記入ください。

事 業 主 の 記 入 欄	上記のとおり申請がありましたので、記入内容に誤りがないことを確認のうえ提出します。					
	年 月 日					
	事業所の所在地					
	名 称					
事業主氏名						

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	課長	給付課	標準報酬月額	区分	発議日
					83万円以上	ア	年 月 日
					53万～79万円	イ	年 月 日
	被保険者の標準報酬月額 千円				28万～50万円	ウ	有効期限
					26万円以下	エ	