

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証
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 対 象 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	発議日	年 月 日
					発効日	年 月 日
					有効期限	年 月 日
					長期 非該当 ・ 該当	年 月 日