

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				
	被保険者の	氏名		生年月日			
				昭和 平成	年	月	日
		住所					
	〒 —		電話 ()				
	減額対象者の	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		その経緯				
再交付	必要 ・ 不要						

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

【添付書類】

- 再交付理由が毀損の場合は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	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
					発効日	平成	年	月	日
					有効期限	平成	年	月	日
					長期該当	非該当	・	該当	
						平成	年	月	日