


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	9999 - 108	事業所名	〇〇株式会社		
	被保険者の	氏名		生年月日		
		〇木 〇子 		昭和 平成	49年 3月 18日	
		住所				
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇 電話 03 (3000) 0000					
減額対象者の	氏名		生年月日	被保険者との続柄		
	〇木 〇男		昭和 平成 15年 3月 1日	長男		
滅失・毀損の別 とその経緯	滅失 ・ 毀損		その経緯			
			旅行中に紛失			
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 22年 4月 5日
	事業所の所在地	東京都中央区〇町〇-〇-〇	
	名称	〇〇株式会社	
事業主氏名印	〇町 〇一		

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