

記入例

健康保険 限度額適用認定証  
滅失・再交付申請書

被保険者	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 記入欄	氏名			生年月日	
〇井 〇郎			昭和35年 8月 21日			
住所						
交付希望者	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区△町〇-〇-〇					
	電話 03 ( 3000 ) 0000					
	氏名			生年月日		
	〇井 〇香			昭和40年 3月 23日		
備考欄	被保険者との続柄	滅失・毀損の別(※)とその経緯				
	妻	滅失	[経緯] 財布ごと紛失したため。			
	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			

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。		令和3年 11月 1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	〇町 〇一	

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	発効日
					28万~50万円	ウ	年 月 日
					26万円以下	エ	有効期限
被保険者の標準報酬月額				千円			年 月 日