

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 - 111		事業所名	〇〇株式会社		
	被 保 険 者	氏名			生年月日		
		〇木 〇子			昭和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						
	交 付 対 象 者	氏名			生年月日		
		〇木 〇男			平成15年 3月 1日		
		被保険者との続柄	滅失・毀損の別(※)とその経緯				
		長男	滅失・毀損	[経緯] 旅行中に紛失			
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。		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	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