

健康保険 限度額適用認定証 再交付 申請書

(健保組合にご提出ください)

* 申請書は、楷書で太枠内に丁寧に記入ください。

健康保険証の	記号	番号	注) 限度額適用認定証の有効期限は、滅失前と同じになります。				
被保険者	氏名・印	⑩	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	〒	— 都・道・府・県				
	電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)	TEL	携帯・自宅・勤務先・その他() ()				
再交付対象者	氏名	被保険者との続柄					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	性別	男・女
	<input type="checkbox"/> 平成						
滅失したときの状況 (詳しく記入してください)							
限度額適用認定証を滅失しましたが、今後は取り扱いに十分注意いたします。滅失した認定証を発見した時は直ちに返却いたします。							
被保険者署名・捺印							⑩

上記被保険者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

認定証送付先	住所	〒	— 都・道・府・県				
	宛名						

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

※ お急ぎの方は、返信用封筒を添付してください。

※ 窓口での交付は行っておりません。

以下は記入しないでください。

処理結果	
発効年月日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月末
標準報酬月額	平成 年 月
適用区分	ア・イ・ウ・エ

課長委任	係長	係員

受付日付印