

常務理事	事務長	係員

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証

減失
棄損

再交付申請書

被保険者証記号・番号			被保険者の氏名		生年月日	
記号		番号			昭・平・令	年 月 日
再交付を希望する認定証 (該当する方に○を記入)			被保険者分 被扶養者分 → 該当者について下記を記入			
該当するものが被扶養者の 場合に記入			被扶養者氏名		生年月日	
					昭・平・令 年 月 日	
再交付を申請する理由 (減失した場所・日時など 詳しく記入してください)						
この健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償いたしますとともに今後は、取り扱いに十分注意いたします。 また、減失した健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を発見した場合はただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名						

※1 棄損の場合は、その健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を添付してください。

健保受付年月日