

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定証 滅失 再交付申請書

被 保 険 者 の 現 況	被保険者証 の記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
		番号									
	被保険者 氏名	フリガナ (自 署)									
	被保険者 住所	〒 電話 ()									
	事業所名										
	部署名	電話 ()									
	提出理由 (該当するものに○ を)	1. 滅失	紛失・盗難・資格喪失時(年 月 日)								
		2. 破損	印字のかすれ等								
		3. その他	(理由)								
	再交付を (該当するものに○を)	1. 希望する 2. 希望しない									
該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分										
該当者が被扶養者 の場合記入	フリガナ	続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
滅失の場合はその場所	1. 自 宅 2. 自 宅 以 外 ()→警察への届出必須										
警察への届出状況	有・無	届出先	警察署	届出日	令和	年	月	日	No		
滅失又は破損した ときのその状況	※できるだけ具体的に詳しくご記入ください										

◎限度額適用認定証の破損のための再交付申請であるときは、破損した限度額適用認定証を、この申請書に添付してください。

限度額適用認定証滅失届（滅失の場合のみ記入）	
上記の申請書に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。 なお、限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。 滅失した保険限度額適用認定証等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。	
令和	年 月 日 被保険者氏名

注意事項
※自己負担限度額での窓口支払いを行うには事前に健康保険組合に申請し医療費を窓口で支払う前に提示する必要があります。
※認定証の発効年月日は滅失または毀損前の日付とします。
※使用後は速やかにご返却ください。
※申請書は直接、当健康保険組合宛に送付してください。

令和 年 月 日提出
受付日付印

健 保 記 入 欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	
	発行年月日	令和 年 月 日
	有効期限	令和 年 月 日

シミックグループ健康保険組合