

常務理事	事務長	担当

健康保険限度額適用認定証 滅失 毀損 再交付申請書

被保険者の現況	被保険者等 記号番号	記号 10	コーポレートID	11000001	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		番号 1234					4	7	1 0 1 2
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎							
	被保険者 住所	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電話 03 (1234) 5678							
	事業所名	〇〇〇〇株式会社							
	部署名	△△△△部署 電話 03 (1111) 2222							
	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 ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
						4	8	1 2 2 2	
滅失の場合はその場所	1. 自宅 2. 自宅以外(JR横浜駅から自宅付近)→警察への届出必須								
警察への届出状況	(有)・無 届出先 横浜 警察署 届出日 令和 01年 5月 30日 No 1234号								
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 5月30日14時頃自宅最寄り駅で改札を出る際、限度証の入った財布を使用。 その後、自宅付近のスーパーで買い物しようとしたら財布を紛失していた。 中に入っていた限度証も一緒に紛失した。								

◎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 01年 6月 2日 被保険者氏名 健保 太郎

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。

【提出先】
〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛

健保記入欄	標準報酬月額	千円
	適用区分	健保の記入欄
	発行年月日	
	有効期限	