

健康保険限度額適用認定証 滅失届・再交付申請書

R01.05.20更新

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者欄	記号	番号	※届出の種類(□に該当番号を記入してください。)	
	被保険者証 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. 再交付
	被保険者氏名 (フリガナ)	生年月日		
	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
現住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県			
電話番号	() ※日中ご連絡の取れる電話番号			

適用対象者記入欄	氏名	続柄	性別	生年月日
	適用対象者 ※被保険者の場合は記入不要		男・女	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
※詳しくご記入ください。				
限度額適用認定証を滅失したときの状況				
<p>うえの届出書に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失しましたが、今後は十分取扱いに注意をいたします。尚、この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。</p> <p>記入内容をご確認の上、署名捺印をお願い致します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ (印)</p>				

送付先	※再交付の場合のみ送付先をご記入ください。			
	社内メール便 ※神田、小網町のみ対応可能	〔事業所名〕	〔部署名〕	
	ご自宅	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
その他 ※ご自宅以外に発送を希望する場合は宛名や続柄を必ず記載してください。	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	宛名	続柄	

【提出上の注意事項】 ※この届出書は下記事由に該当した場合に届出が必要です。

- 有効期限内に限度額適用認定証を滅失したため再交付を受ける場合。
- 有効期限に達した際に限度額適用認定証を滅失し返納できない場合。
- 被保険者および被扶養者資格を喪失したが滅失したため返納ができない場合。

--- 日清製粉健康保険組合使用欄 ---

処理結果	
発効月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 末
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

常務理事	事務長	担当

