

《記入例》健康保険限度額適用認定証 滅失届・再交付申請書

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 (右つめ)	1 0 0 - 9 8 7 6 5 4 3	1	1. 滅失 2. 再交付
	被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3 5 年 1 2 月 2 5 日	
電話番号	03 (5678) 4321	※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	健保 華子	妻	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>
※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				

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。

記入内容をご確認の上、署名捺印をお願い致します。

令和 1 年 5 月 31 日 被保険者氏名 健保 太郎



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	神田本社・小網町のみ対応可。 (部署名)
	ご自宅	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
その他	〒 1 2 3 - 0 4 5 6 宛名 日清 次郎 続柄 妻の父 都道府県 <input type="text"/> 〇〇市〇〇町1-2-3	

【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限り提出してください。

- 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

被保険者(本人)または被扶養者(家族)以外に宛てて送付する場合は、例のように続柄をご記入ください。

社内メール便は貴重品発送可能地域(神田本社・小網町)以外は対応していません。

上記以外で事業所に送付をご希望の場合は、「その他」に下記3点をご記入ください。

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

