

常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	-----	----	----	----

健康保険 限度額適用認定証<再交付>申請書

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

この度、下記の理由により『健康保険限度額適用認定証』の再交付をお願いいたします。
なお、紛失しました『健康保険限度額適用認定証』については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、『健康保険限度額適用認定証』を発見したときは遅滞なく返却いたします。

令和 年 月 日

被保険者証の記号番号	記号	番号		
被保険者	氏名	事業所・所属		
	生年月日(和暦)	昭和 平成 年 月 日	電話番号	
適用対象者	氏名	被保険者との続柄		
	生年月日(和暦)	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者の住所	〒 ー			
理由	<input type="checkbox"/> 紛失	(事由)		
	<input type="checkbox"/> 破損・汚損			
	<input type="checkbox"/> その他			

※ 破損・汚損の場合は、その『限度額適用認定証』を添付(返却)してください。

事業所所在地	〒 ー		
事業所名			
事業主名			
連絡先	担当者名 :	電話 :	

組合処理	受付	(令和 年 月 日)
	証交付	
	電算登録	