「マイナ保険証」をご利用になると、
この申請書による申請は不要となります。

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

被保険者等の記号番号	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		
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		
被保険者住民票住所	〒			

理　由	□ 紛失 □ 破損・汚損 □ その他	（事　由）

※ 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	〒
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）
	電算登録	
	証交付	

令和6年12月改訂