

*対象者1名につき、1枚ご提出ください。
*棄損(汚損・破損)のときは、対象となる証を添付してください。

健保組合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	
			日付印

限度額適用認定証

☐ 紛失届

☐ 再交付申請書

←どちらかに
☑して下さい。

被 保 険 者 情 報	記号		番号										
	被保険者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和			年		月		日	
	事業所名			所属	部室・グループ課・工場								
	自宅電話番号			職場電話番号	(外線) (内線)								
	自宅住所	(〒 -)											

紛 失 ／ 再 交 付 対 象 者 情 報	対象者氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和			年		月		日	続柄	
				事由発生日	1.平成 2.令和			年		月		日		
	申請に至った状況	1.棄損(汚損・破損) 2.その他(※1) 具体的な状況: ※1「2.その他」を選択した場合は、下記「誓約書」をご一読の上、ご署名をお願いします。												

再交付申請の場合	認定証は事業主経由で送付しますが、健康保険組合届出住所への直接送付を希望する場合は、☑を入れてください。	☐直接送付を希望します。
	※任意継続被保険者の方と、事業主経由の申請を希望しない方は、直接、健康保険組合に郵送してください。 認定証は健康保険組合届出住所へお送りします。	

誓 約 書	紛失した証が見つかった場合は、直ちに返納いたします。			
	被保険者氏名	令和	年	月 日

<紛失に関する留意事項>
○健康保険被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認及び本人確認のための書類の添付が必要となります。)

受付日付印

備 考			
	健保記入欄	☐ 証滅失済(R . .)	☐ 回収済(R . .)