

*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	1234	番号	5678									
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	被保険者生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	○	○	△	△	×	×		
	事業所名	○×△(株)		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	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) ○△県××市○○町*-*-*											

紛 失 ／ 再 交 付	対象者氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	対象者の生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	○	○	△	△	×	×	続柄	妻
				事由発生日	1.平成 2.令和	△	△	○	○	×	×		
	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: 紛失した。 ※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 健保 太郎	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 . .)