

限度額証発効年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	課長	主任	係
有効期限	令和 年 月 日					
適用区分						
● 上位所得者 … A 一般 … B	〈備考欄〉	資格	取得	昭・平・令 年 月 日		
			喪失	平・令 年 月 日		
			期間	□1年以上 / □1年未満		
		標準報酬月額				千円

※組合使用欄

※上の欄には記入しないで下さい。

被保険者 健康保険限度額適用認定 減失 再交付申請書  
家族 き損

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号		番号		被保険者 の氏名			⑩
	生年 月日	□昭和 □令和 □平成	年 月 日	事業所の名称				
	所在地							
	被保険者の住所	〒						
	電話番号	TEL ( ) -						
	適用対象者	氏名			男・女	生年 月日	□昭和 □令和 □平成	年 月 日
再交付の原因	1, 減失 2, き損							
再交付を申請する理由(詳しく)								

《上記以外の住所に送付を希望する場合、下記の欄に記入してください。》

希望する送付先	〒
宛 名	

《被保険者以外の方が申請する場合、下記の欄に記入してください。》

代 行 者 の 記 入 欄	申請代行者の氏名		⑩	被保険者との関係	
	申請代行者連絡先	〒			
	申請代行の理由	TEL ( ) -			

受付日付

- 希望する送付先がない場合、被保険者住所に送付します。
- 発効日は以前交付した認定証と同じになりますが、受診月を遡っての使用の可否は医療機関にお尋ねください。