

健康保険

限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証

〔滅失〕
〔き損〕 届

被保険者証 記号	番号	被保険者 氏名	
認定対象者 氏名			
滅失・き損の 事由 (詳細に記入)			

上記のとおりにつき ※ 1 再交付を申請します。
2 お届けします。

年 月 日 提出

事業所長 証明欄	上記のとおり相違のないことを証明する。 事業所所在地 名称 長名 ⑩
-------------	--

備考	
----	--

注意事項

- 1 標題のうち不要文字を抹消してください。
- 2 滅失の事由は、詳しく記入してください。
- 3 再交付を求める場合は、※印欄の1に、返納の場合は2に○印を付してください。
- 4 き損の場合は、その該当する認定証を添付してください。
- 5 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です)。

(証交付日) 年 月 日

受付日付印