

限度額適用認定証
高齡受給者証
特定疾病療養受療証

再交付申請書

記入見本

該当するものを選択

証の再交付を希望の時に提出
再交付が不要の場合は滅失届を提出

被保険者の記入欄	記号番号	記号	1010	被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	S40年4月20日
		番号	1234				
	再交付を希望する者の氏名	氏名	生年月日		氏名	生年月日	
		健保 花子	S 40年6月20日			年 月 日	
			年 月 日			年 月 日	
			年 月 日			年 月 日	
再交付を申請する理由	該当するものに○印				発生日	場所	
	滅失 ・ き 損 ・ 盗 難				R 5年12月10日	不明	
	状況	限度額適用認定を入れていた財布ごと落とした					
証を再交付する理由を詳しく記入する マイナ保険証の方は限度額適用認定証の再交付は不要です。							
上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 なお、被保険者証を発見したときは、ただちに返納するとともに、この滅失した被保険者証により貴組合が損失を受けた場合は、責任をもって全て賠償することを誓約いたします。							
令和		6年1月10日	被保険者住所		大阪市北区〇〇		
			氏名		健保 太郎		
			電話番号		090-XXXX-XXXX		
日本触媒健康保険組合理事長殿			請求者は被保険者				

事業主の記入欄	上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失または、き損することのないよう周知徹底をはかります。				
	令和	年	月	日	事業主住所
					名称
					氏名
	日本触媒健康保険組合理事長殿				
在職者は事業主へ提出 任意継続者は健保へ提出					

組合の記入欄	資格取得	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失	年 月 日			
	発見日	年 月 日			

受付印