	常務理事			担当者

限度額適用認定証滅失届及び滅失(き損)再交付申請書

限度額適用認定証の記号番号	(記号) (番号)	被保険者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	性別	男・女
被保険者の現住所	〒						
事業所の	名　称						
	所 在 地						
限度額適用認定証を滅失した年月日	令和　年　月　日						

限度額適用認定証滅失者		被保険者との続柄		生年月	昭和 平成 令和　年　月　日	性別	男・女
限度額適用認定証を滅失した場所							
限度額適用認定証を滅失した事由							
再交付を申請する事由	滅　失	き　損	再交付不要				

滅失しました限度額適用認定証は発見致しましたら、直ちに返納いたします。

被保険者氏名　　㊞

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

上記被保険者　　は限度額適用認定証を(滅失・き損)したこと、また、上記の申請について事実に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

事 業 主　住　所
　　氏　名

※記入上の注意事項

1. き損で再交付を申請する場合は、必ず限度額適用認定証を添付して下さい。
2. 滅失した場合は、その場所、事由を出来るだけ詳しく記入して下さい。
3. 「再交付を申請する事由」は該当する項目を〇で囲んで下さい。
4. 滅失届のみに使用する場合は、「再交付不要」を〇で囲んで下さい。