	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) 1 (番号) 100001	被保険者の氏名	健　保　一　郎	生年月日	昭和 平成 令和　50年　6月　1日	性別	男・女
被保険者の現住所	〒○○○-○○○○ 東京都江東区豊洲○○○○○						
事業所の	名　　称	マルハニチロ株式会社					
	所 在 地	東京都江東区豊洲3-2-20					
限度額適用認定証を滅失した年月日	令和　1年　6月　1日						

限度額適用認定証滅失者	健　保　花　子	被保険者との続柄	妻	生年月	昭和 平成 令和　51年　4月　2日	性別	男・女
限度額適用認定証を滅失した場所	病院						
限度額適用認定証を滅失した事由	保管しておいた場所になかった						
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　　健　保　一　郎　　㊞

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

上記被保険者　健　保　一　郎　　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　6 年　12 月　20 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○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○で囲んで下さい。