

	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

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、左上角に記載してください。

限度額適用認定証の記号番号	(記号) 1	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
	(番号) 100001							
被保険者の現住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江東区〇〇〇〇〇							
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	生年月日	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 (印)

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と相違ないことを証明します。

令和 1年 6月 2日

住 所
事 業 主
氏 名 (印)

※記入上の注意事項

- 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。
- 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。
- 「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。
- 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。