

健康保険

限度額適用認定証等 再交付申請書

マイナ保険証を所有せず、限度額適用認定証等の再交付を希望する場合にご提出ください

申請 内 容 欄	証種別 いずれかに○	再交付 の有無		必要（紛失・破損）←どちらかに○ 破損の場合、破損した証を添付して下さい
	限度額適用認定証 高齡受給者証			どちらかに○

被 保 険 者 欄	被保険者等		マイナンバー記入欄(記号番号を記入した場合は不要です)
	記号	番号	
	氏 名		生 年 月 日
			昭和 ・ 平成 年 月 日

対象者欄	氏 名	生 年 月 日	続 柄
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	

理由記入欄	(紛失等の経過を記入して下さい。)	
	なお、当証に関する一切の責務は私の責任をもって処理いたします。	
	紛失した証を発見した場合は直ちに返却いたします。	以 上

事業主欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名

健保 使用 欄	マイナ保険証を確認	受付日	常務理事	事務長	担当者
	有 ⇒KW入力のみ 無 ⇒再交付				