

※記号・番号がご不明な場合は、GUIのみご記入ください。
以下、該当箇所には☑を入れてください。

健康保険

限度額適用認定証
 高齢受給者証

滅失（き損）届

再交付申請書

被保険者証(等)記号番号	記号	○	番号	○○○○○	GUI	○○○○
被保険者氏名	健保 太郎				生年月日	昭和 平成 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
被保険者住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町1-2-3 ○○マンション△△号室				電話	00 (1234) 5678
事業所名及び電話	EY○○○○○○				電話	00 (4321) 8765

対象者（該当項目に○）	1	被保険者（本人が保持している証）					
	2	被扶養者（家族が保持している証）					
	①	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○		
	②	氏名	健保 二郎	生年月日	昭和 平成 令和 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○		
	③	氏名		生年月日	昭和 平成 令和		

申請の理由	滅失・き損（破損）した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください） 日時： 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 午前・午後 ○ 時 ○○ 分ごろ 場所： 自宅 状況： 引っ越しの際に紛失しました
	滅失又はき損（破損）いたしました。今後は十分注意いたします。 なお、滅失した証を発見した時は、ただちに返納いたします。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者氏名 健保 太郎

※事業主証明欄

空欄のまま事業所委託先へ提出してください。

（委託先等で押印後、健保組合に回送されます）

※限度額適用認定証の届出は、健康保険組合（日比谷三井タワー）へ直接ご提出ください。（社労士法人ではありませんのでご注意ください）

令和○○年○○月○○日提出
受付日付印