

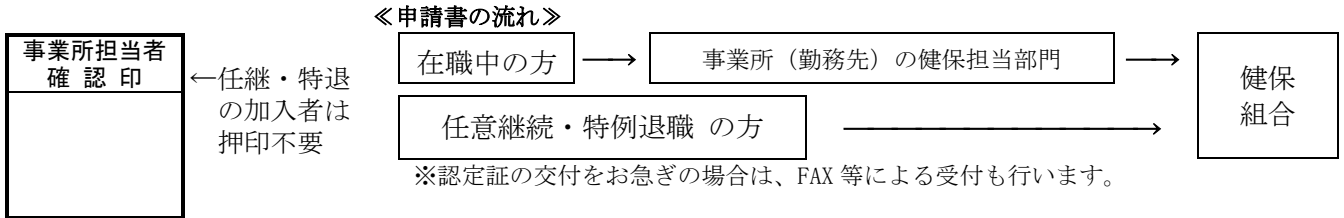
健康保険

限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証

滅失・毀損届 (兼 再交付申請書)

健保組合決済			
常務理事	事務長	GL	担当者
選択肢の有る項目は、 それぞれ該当を○で囲んでください			



下記健康保険被保険者証に記載されている『標準負担額減額認定証』滅失・毀損の申請をします。

「記号」と「番号」をご記入ください

* 取戻しの際は、取戻しに必要書類を添付してください。

被保険者証		申請日	令和 2 年 1 月 5 日	
記号	番号	被保険者氏名		
1	1 2 3 4 5	富士 太郎		
診療を受ける方	氏名	続柄	生年月日	
	富士 太郎	本人	昭和・令 3 6 年 7 月 8 日	
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。				備考欄

滅失・毀損理由 (詳細に記入のこと)	入院時に病院へ提出した。 その後、どこに片付けたのか判らなくなった。
再交付を	1. 希望する 2. 希望しない (どちらかに○をつける)

再交付：当初交付した認定証と同様の有効期間で交付いたします。

※ 有効期間の残りが少なく、今後も高額に該当することが見込まれる場合は、『2. 再交付を希望しない』を選択し、新たな申請書を提出して下さい。

＜再交付した認定証の送付先について＞

- * 任意継続・特例退職の方は、必ず送付先住所をご記入ください。
- * 在職中の方は記入不要です。社内メール等により各事業所担当者様経由で送付いたします。但し、ご本人が入院・緊急の申請等の事情により事業所経由での交付が難しい場合に限り、ご希望の送付先（ご自宅・ご実家等）へ認定証を郵送しますので送付先住所をご記入ください。

送付先	住所：〒 _____
	宛名： _____
	Tel： _____