

減 失 再 交 付 申 請 書  
 度 額 適 用 認 定 証 基 損

①被保険者等記号	②被保険者等番号	⑦被 保 険 者 の 氏 名		③ 生 年 月 日			① 性 別	⑧ 資格取得年月日			
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	年	月	日

再交付申請の対象となる者	④ 氏 名		⑤ 生 年 月 日			⑥性別	⑦ 続 柄	⑧ 再交付申請の理由			⑨ 備 考	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	本人	1 減	2 失	3 き 損 その他	
被 保 険 者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	本人	1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
被 扶 養 者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		1 減	2 失	3 き 損 その他	

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

被 保 険 者 住 所	
事 業 所 名 称	
被 保 険 者 氏 名	
電 話 番 号 ( 連 絡 先 )	

令和 年 月 日 提出

受付印

社会保険労務士記載欄  
氏名等

【 記入の方法 】

1. 標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を○印で囲むこと。
2. ③④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば平成12年2月7日生まれの場合は、

昭和	年	月	日
○平成	1	2	0
令和	2	0	7

のように記入してください。

3. ⑦は、再交付申請の対象となる人の氏名を記入してください。
4. ⑤の再交付申請の理由は、該当する文字を○印で囲んでください。
5. ⑧は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」などと詳しく記入してください。

【 添付書類 】

き損による再交付の場合は、き損した限度額適用認定証を添付してください。