

減 失
き 損
再 交 付 申 請 書
限 度 額 適 用 認 定 証

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被 保 険 者 の 氏 名	③ 生 年 月 日	④ 性 別	⑧ 資格取得年月日	
		(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1. 女 2.	年 月 日	

	④※被扶養者番号	⑦ 氏 名	③	⑧ 生 年 月 日	④性別	⑧ 続 柄	⑤ 再交付申請の理由	⑨ 備 考
再交付申請の対象となる者	被 保 険 者	(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.	本人	1 2 3 減 失 き 損 その他	
	被 扶 養 者	(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		1 2 3 減 失 き 損 その他	
		(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		1 2 3 減 失 き 損 その他	
		(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		1 2 3 減 失 き 損 その他	
		(氏) _____ (名) _____	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		1 2 3 減 失 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。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

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