

常務理事	事務長	係員

健康保険限度額適用認定証 再交付申請書

被保険者証記号番号		2001-0000		
被保険者	氏名	健保 太郎	事業所 名称	〇〇〇〇株式会社〇〇事業所
	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町3-3
再交付 適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻
	生年月日	昭平令 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
被保険者(適用対象者)の住所		〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
入院あるいは通院予定年月日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (該当する方を○で囲んで下さい) <input checked="" type="radio"/> 入院・ <input type="radio"/> 通院		
第三者の行為によるものですか		(該当する方を○で囲んで下さい) はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ		
紛失等した日時、場所、理由など詳しく記入して下さい。				
令和〇〇年〇〇月〇〇日、屋内の保管場所に見当たらず紛失したと思われる為				

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

日東電工健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 健保 太郎

