

常務理事	事務長	課長	業務係長	主任	係

健康保険限度額適用認定再交付申請書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の記号・番号	記号		番号	
	2	事業所名				
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)			
	4	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
	5	被保険者の住所	〒 — TEL ()			
	6	認定証を「5」以外の住所に送付希望の場合の送付先	住所	〒 — TEL ()		
		宛名				

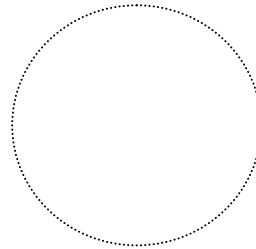
「7」の該当する□にチェック(✓)をつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 証 再 交 付 対 象 者 欄	7	対象者は被保険者ですか、被扶養者ですか。	<input type="checkbox"/> 被保険者 → 下記「13」欄のみを記入してください。 <input type="checkbox"/> 被扶養者 → 下記「8」～「13」欄を記入してください。			
	8	対象者の氏名	(フリガナ)	9	被保険者との続柄	
	10	対象者の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	11	性別	男・女			
	12	対象者の住所 (「5」と同じ場合は記入不要)	〒 — TEL ()			
13	再交付する理由					

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記備考欄へ記載(12ケタ)してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要となります。)

備考欄	
-----	--

受付年月日



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。
 なお、失った場合の申請で旧の認定証を発見した時は、すみやかに返却いたします。
 令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄