

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

マイナ保険証の利用登録をされている方はこちらの申請書は不要となります。医療機関の窓口にてマイナ保険証を提示された場合は、限度額適用認定証の提示は必要なく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。マイナ保険証の利用登録をされていない方はぜひ登録しご利用ください。

被 保 険 者 欄	1	被保険者等記号・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・令和 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				

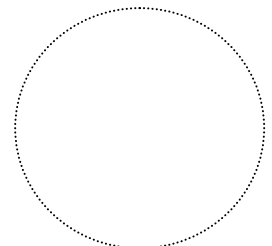
「7」の該当する□にチェック (✓) をつけて、以下必要な項目を記入してください。

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				

記号・番号がわからない場合は、下記備考欄へマイナンバーを記入してください。

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