

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・標準負担額減額認定再交付申請書

マイナ保険証を利用されている方には、認定証は発行されません。当組合の事務処理が完了次第、マイナ保険証による受診時に高額療養費制度における減額認定の情報が反映されます。
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。	☐ 被保険者 → 下記「13」欄のみを記入してください。 ☐ 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・標準負担額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