

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

健康保険限度額適用認定証 滅失・再交付 申請書

被保険者証の		記号			番号	
被 保 険 者	氏名	Ⓜ		事業所	名称	
	生年月日	昭 平	年 月 日		所在地	〒 - 電話 ()
適 用 対 象 者	氏名			被保険者との 続柄		
	生年月日	昭 平 令	年 月 日	性別	男 ・ 女	
被保険者の住所		〒 - 電話 ()				
滅失した時の状況						
<p>上の届け出に記載したとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失したため、再交付を申請いたします。 今後は十分に取扱いに注意し、この認定証を発見したときはただちに返却いたします。</p> <p>被保険者 氏名 Ⓜ</p>						
認定証送付先		被保険者宛 ・ 事業所宛（上記住所） ・ ◆その他				
◆その他をご希望の場合は、送付先の住所・氏名をご記入ください		〒 -				

電設工業健康保険組合

◎有効期限は、先に発行した期限と同期限となります

※健保記入欄

発効年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	適用区分	ア・イ・ウ・エ I・II
-------	-------	------	-------	------	-----------------

受付日付印