

担当責任者	担当者

健康保険
限度額適用認定証
再交付申請書

被保険者証の 記号及び番号	—	被保険者氏名 (生年月日)	(昭・平 年 月 日)		
適用対象者の 氏 名		適用対象者 の 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	被保険者 との続柄
傷 病 名	受診予定日 年 月 日 * けが(骨折、捻挫、打撲、熱傷など)で受診の場合は「負傷原因報告書」を添付の上、提出してください * 第三者行為の場合は別途ご相談ください				
医療費助成	有 ・ 無 * 市区町村等より、医療証が交付されている方は有に○をつけてください。 * お持ちの医療証コピーの提出をお願いする場合があります。				
申請の理由 破損の場合は認定書を 添付してください	1. 紛失 2. 破損汚損等 詳しく理由を記入してください				
被保険者勤務先 (部署名等)					

上記のとおり申請します。
後日この限度額適用認定証を発見した際は、ただちに返納することを誓約します。

令和 年 月 日 干

住 所

被保険者

氏 名

