

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	1 - 23456	被保険者氏名 (生年月日)	名鉄 太郎 (昭平 45 年 8 月 31 日)		
適用対象者の 氏 名	名鉄 花子	適用対象者 の 生 年 月 日	昭平令 48 年 11 月 10 日	被保険者 との続柄	妻
傷 病 名	心筋梗塞 受診予定日 1 年 5 月 14 日 ↓ 受診予定日または受診された日 * 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 ← 旧認定証を添付する 詳しく理由を記入してください 例) 病院に持参しようとしたところ、誤って飲み物をこぼしてしまい券面が読みとれない				
被保険者勤務先 (部署名等)	〇〇株式会社 〇〇事業部 <部署名や支店名を記入ください>				

上記のとおり申請します。

令和 1 年 5 月 8 日

〒450-8501

住 所 名古屋市中村区名駅1-2-3

被保険者

氏 名 名鉄 太郎

印