

新明和工業健康保険組合理事長 殿

## 健康保険限度額適用認定証再交付申請書

下記の通り、限度額適用認定証の再交付をお届けします。

令和 1 年 5 月 30 日

被保険者等記号・番号	11 - 1234	事業所の名称	新明和工業株式会社
被保険者氏名	新明和 太郎	被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 10 月 11 日
被保険者住所	兵庫県宝塚市新明和町○-○○		
対象者氏名	新明和 花子	対象者氏名	
対象者氏名		対象者氏名	
対象者氏名		対象者氏名	
再交付を申請する理由 (詳細に推定でも可)	<p>理由 <input type="checkbox"/> 毀損 <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 ↓ 詳細(「紛失」の場合のみ記入)</p> <p>1)年月日 令和 1 年 5 月 20 日</p> <p>2)場所 自宅</p> <p>3)状況 不要な書類と一緒に捨ててしまったと思われる。</p>		
事業主の証明 (紛失の場合)	上記の通り紛失したことに相違ないことを証明します。  事業所住所 事業所名 氏名		

注) \* 毀損(破損・印字消えなど)の場合は、その限度額適用認定証を添付してください。  
\* 紛失した限度額適用認定証を発見したときは、その証を速やかにご返却ください。

健保記入欄	常務理事	事務長			係	整 理 年 月 日	(健保受付印)
					令和 年 月 日		