

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〇-〇〇				
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)	理由 <input type="checkbox"/> 毀 損 <input checked="" type="checkbox"/> 紛 失 ↓詳細(「紛失」の場合のみ記入) 1)年月日 令和 1 年 5 月 20 日 2)場 所 自宅 3)状 況 不要な書類と一緒に捨ててしまったと思われる。				
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	