

標準報酬月額	適用区分	常務理事	事務長	部長	課長	担当者
千円	ア・イ・ウ・エ I・II					
令和 年 月 日						

## 健康保険限度額適用認定証 再交付 申請書

被保険者の記号・番号	.		
被保険者氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	〒		
※認定証送付先 自宅以外に 送付希望の場合	〒		
適用対象者氏名			続柄
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
再交付の理由	1. 滅失のため 2. き損のため（認定証を添付してください）		
備考	平成・令和 年 月 日交付分		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>滅失した認定証を発見した場合はただちに返納します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

◎再交付の際の有効期限は、すでに発行済みの証と同じになります。