

常務理事	事務長	係員

## 健康保険限度額適用認定証 再交付申請書

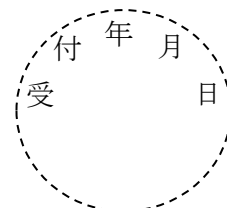
被保険者証記号番号		2001-0000				
被保険者	氏名	健保 太郎		事業所	名称	〇〇〇〇株式会社〇〇事業所
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		事業所	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町3-3
再交付 適用対象者	氏名	健保 花子		被保険者との続柄		妻
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	
被保険者（適用対象者）の住所		〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
入院あるいは通院予定年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		(該当する方を○で囲んで下さい) <input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 通院		
第三者の行為によるものですか		(該当する方を○で囲んで下さい) はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
紛失等した日時、場所、理由など詳しく記入して下さい。						
令和〇〇年〇〇月〇〇日、屋内の保管場所に見当たらず紛失したと思われる為						

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

日東電工健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 健保 太郎



マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証を是非ご利用下さい。