

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							
被保険者	氏名			事業所	名称		
	生年月日	昭平令	年		月	日	所在地
再交付 適用対象者	氏名			被保険者との続柄			
	生年月日	昭平令	年	月	日	性別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所		〒					
入院あるいは通院予定年月日		令和	年	月	日	(該当する方を○で囲んで下さい) 入院 ・ 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 ・ 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。							

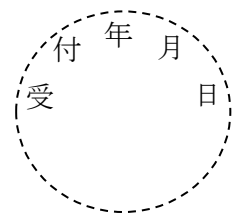
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

日東電工健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名

印



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。