

※決裁	常務理事	事務長	次長	合議	係	法定区分決定決議	
						標準報酬月額	
						区分	ア・イ・ウ・エ

※発効年月日	平成 年 月 日	※有効期限	平成 年 月末
--------	----------	-------	---------

「※」印欄は記入しないで下さい。

## 健康保険限度額適用認定証 滅失・き損 再交付申請書

(70歳未満の上位所得者・一般所得者用)

被保険者	記号	番号	事業所名			
			住所			
	氏名	Ⓜ			自署の場合は押印を省略できます。	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女		
住所	〒					
適用対象者 (被保険者の場合は記入の必要がありません)	氏名				被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女		
	住所	〒				
療養予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				※記載のない場合、原則受付した月の1日から年度末日までの有効期限となります。	
再交付理由	1. 滅失 2. き損	(理由をご記入ください)		※き損の場合は認定証を添付下さい。		
<p>上記のとおり再交付申請します。 後日、限度額認定証を発見した時は、直ちに返納することを誓約いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保者氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p>滋賀県農協健康保険組合理事長 殿</p>						

※限度額適用認定証は事業所経由で送付いたしますので、早めの申請をお願いいたします。

※有効期限が残っている認定証を滅失し、期限内に使用予定のある方は再交付申請となります。

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。

備考欄

受付印