

※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		令和 年 月 日			※有効期限		令和 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

(上位所得者・一般所得者用)

被保険者	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	事業所名	健康第一農業協同組合	
					住所	大津市〇〇〇丁目〇〇-〇	
	氏名	農業 一郎			自署の場合は押印を省略できます。		
	生年月日	昭和・平成・令和	△年	△月	△日	性別	男・女
住所	〒520-〇〇〇〇 大津市〇〇〇3-1 ☆マンション101号						
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・令和	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒					
療養予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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。 限度額適用認定証を入れていた袋を紛失したため。		
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。 令和 △年 △月 △日 被保者氏名 農業 一郎							
滋賀県農協健康保険組合理事長 殿							

※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