

4 : 限度額適用・標準負担額減額認定証

5 : 特定疾病療養受療証再交付申請書

6

6 : 限度額適用認定証

7 : 資格確認書(再)交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 滅失した資格確認書等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。

注5 「再交付申請書」は、必要な「資格確認書」等1枚につき1部作成してください。

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者等記号

(2)被保険者等番号

(3)勤務箇所

(4)被保険者氏名

0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0

〇 〇 駅

健 保 太 郎

(5)資格確認書等を滅失・き損した方

(6) (5)に該当する方の続柄

(7)再交付理由

健 保 花 子

妻

0

0:滅失
1:き損
2:その他

(8)再交付事由

事由記入欄

令和〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時〇〇分頃、病院から帰宅途中、財布をカバンのポケットに入れたはずの限度額適用認定証がないことに気付き、引き返し道中を探しましたが、発見できませんでした。警察にも届出を出しましたが、1週間を過ぎた現在も見つかっておりません。よって再発行をお願いいたします。

事業主
特記事項欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所
使用欄

箇 所 長

電 話

健保担当課

所 在 地 干 ー

名 称

事 業 主 名

事業主整理番号