

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 : 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。

(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

(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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0:滅失

1:き損

2:その他

(8)再交付事由

事由記入欄
-------

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

所在地 〒 ー  
名称  
事業主名事業所  
使用欄

箇 所 長

電 話

健保担当課

事業主整理番号

--	--	--	--