

**滅失
毀損
無余白**

限度額適用認定証 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係員

①被保険者証の記号		②被保険者証の番号		③被保険者の氏名				④被保険者の生年月日			⑤性別		⑥再交付の理由		送信						
				(氏)		(名)		昭5 平7 令9		年		月		日		男1 女2	滅失3 毀損4 無余白5 その他8				
⑦資格取得年月日				⑧被保険者の住所				⑨備考													
昭5 平7 令9		年		月		日															
⑨再交付対象者の氏名		⑩生年月日			⑪性別	⑫続柄	⑨再交付対象者の氏名		⑩生年月日			⑪性別	⑫続柄								
(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9		年		月		日	男1 女2	

関東めっき健康保険組合(R4.1)

令和 年 月 日提出

限度額適用認定証

受付日付印

◎添付するもの

- ・ 滅失（紛失）したことによる再交付申請の場合は「限度額適用認定証滅失届」と併せて提出してください。
- ・ 毀損または無余白による再交付申請の場合は、その限度額適用認定証を添付してください。