

事業所記号		

健康保険 限度額適用認定証 滅失再交付申請書
 高齢受給者証

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

太線枠のみ記入してください。
 提出期限・・・速やかに

被保険者情報	被保険者証番号					被保険者氏名	印	生年月日	昭和		年		月		日	性別	男・女
	住所	〒		-				TEL								()	

滅失に関する情報	対象者氏名	生年月日	続柄	滅失物	再交付の有無
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		1. 限度額適用認定証 2. 高齢受給者証	1. 必要 2. 不要
		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		1. 限度額適用認定証 2. 高齢受給者証	1. 必要 2. 不要
滅失した年月日	平成 年 月 日	滅失した場所			
滅失した理由					

上記のとおり滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意します。なお、この証を発見した際には直ちに返納いたします。

平成 年 月 日 被保険者氏名 印

平成 年 月 日提出

提出者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

印

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者	
	印

受付日付印

