

| 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 | 常務理事 | マネジャー | リーダー | 担当者 |
| 裁 | | | | |

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 | | 1. 限度額適用認定証 | 1. 必要 |
| | | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | 2. 高齢受給者証 | 2. 不要 |
| | | 昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | | | 1. 限度額適用認定証 | 1. 必要 |
| | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | 2. 高齢受給者証 | 2. 不要 |
| 滅失した年月日 | 令和 | | 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。

令和 年 月 日提出

| | |
|-----|---|
| 提出者 | 事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。 |
| | 事業所所在地 |
| | 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |
| | 電話番号 |

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 |
|---------------|
| |

| 受付日付印 |
|-------|
| |

