

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	被保険者等番号					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 2. 高齢受給者証	1. 必要 2. 不要
		昭和 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	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

事業所記号

--	--	--

健康保険 限度額適用認定証 滅失再交付確認通知書 高 齢 受 給 者 証

副

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	被保険者等番号					被保険者氏名					印	生年月日	昭和				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					1. 限度額適用認定証	1. 必要
			平成					2. 高齢受給者証	2. 不要
		昭和					1. 限度額適用認定証	1. 必要	
		平成					2. 高齢受給者証	2. 不要	
	滅失した年月日	令和				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 日に提出された申請書に基づき手続きが終了したことを通知いたします。

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

社会保険労務士の提出代行者

確認日付印

--