

健 保 決 済 欄	業務部長	適用課長	審査（係）	事務所長	係

任意継続被保険者
特例退職被保険者

健康保険限度額適用認定証

滅
毀

失
損

再交付申請書

被保険者の	記号	被保険者氏名			男・女
	番号	生年月日	昭・平	年 月 日	
認定証の再交付を受ける	該当者の氏名	続柄			
被保険者の住所	〒				
資格取得年月日	昭・平	年 月 日	資格喪失年月日	平成	年 月 日
認定証を 滅失または 毀損した事由	(日時) ① 平成 年 月 日 午前・午後 時頃 ② 不明 (場所) . 不明 (事由)				
始末書 (滅失又は 毀損した事由)				
	なお、今後限度額適用認定証の管理には十分注意すると共に、発見した時には直ちに返納します。 長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日 氏 名				

1受付

2受付