

健 保 決 済 欄	業務部長	適用課長	審査(係)	事務所長	係

健康保険限度額適用認定証 滅失 毀損 再交付申請書

被保険者の	記号		被保険者氏名		(印)	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	〒					
事業所名						
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。					
事業主の証明	上記の通り相違ないことを証明します。 なお、今後は限度額適用認定証を滅失または毀損することのないように被保険者に周知徹底をはかります。 長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 平成 年 月 日 所在地 事業主 名称及び 氏 名					

1受付 2受付