

アサヒグループ健康保険組合理事長殿

健康保険 限度額適用認定証再交付申請書（兼 滅失届）

申請日 令和 年 月 日

被保険者証 記号		被保険者証 番号		
被保険者氏名	フガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
勤務先の事業所名	住所			
	名称			
再交付申請の対象者 または滅失した者	被保険者	氏名	続柄	生年月日
				本人
	被扶養者	氏名	続柄	生年月日
発行年月日	令和 年 月 日	滅失日 年 月 日	令和 年 月 日	
有効期限 年 月 日	令和 年 月 日			
滅失したときの状況 (できるだけ詳細に)				
上の届書に記載したとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。 なお、この限度額適用認定証を発見したときは直ちに返納いたします。				
令和 年 月 日				
住所				
被保険者氏名 印				
TEL				

受付日付印

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

