

マイナ保険証を利用されている方は再交付対象外です

健康保険 限度額適用認定証 再交付申請書

※ 健保記入欄	
常務	係
記入例	

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※記号番号は「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください

提出日

令和 6 年 12 月 18 日

健康保険の	記号 (4桁)	1010	被保険者 氏名	健保 太郎		性別 男・女
	番号	12345				
生年月日	昭和 平成	47 年 8 月 3 日	事業所 名称	〇〇株式会社 <small>※特例退職・任意継続の方は記入不要</small>		
再交付の 該当者 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者					
	<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	続柄			
		氏名	続柄			
再交付の 申請事由 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <small>※注1</small>	<input type="checkbox"/> 盗難 <small>※注1</small>	<input type="checkbox"/> 棄損 <small>※注2</small>	<input type="checkbox"/> その他 ()		
再交付申請 事由の詳細	【発生日】	令和 6 年 12 月 4 日				
	【発生場所】	〇〇病院				
	【発生状況】 できるだけ 詳しく記入	受診後、落としたようで病院に確認したが見つからなかったため				
	※最後に使用または確認した日 令和 6 年 12 月 4 日					
上記のとおり再交付を申請いたします。 なお、滅失による限度額適用認定証を発見した時は、直ちに返納いたします。						
被保険者 住民票登録住所 〒 123-3456 東京 都道府県 〇〇区〇〇1-2-3 Tel 03-1234-2345 氏名 健保 太郎						

事業主証明欄	確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	<input type="checkbox"/>	
被保険者 _____ は、限度額適用認定証を滅失・棄損したことを届出いたします。 今後このような事のないよう取り扱いについて充分指導し、回収に努めます。		
令和 年 月 日		
所在地 _____		
事業所名称 _____		
事業主名 _____		

※特例退職・任意継続の方は事業所の証明は不要

任意継続・特例退職の方は事業主証明は不要です

《申請・交付ルート》

被保険者 → 勤務先総務部門 → 健康保険組合 → 勤務先総務部門 → 被保険者
(任意継続・特例退職被保険者 → 健康保険組合 → 任意継続・特例退職被保険者)

ホンダ健康保険組合