

常務理事	事務長	担当者	担当者

交付日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

健康保険 限度額適用認定証 滅失 再交付申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号 - 番号	-		
	被保険者の 氏名	印	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 _____ TEL _____			
再 交 付 す る 対 象 者 の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	被保険者 との続柄		性別	男 ・ 女
再 交 付 を 申 請 す る 理 由 (詳 しく)	滅失・き損 した日	令和 年 月 日	滅失・き損 した場所	
	※滅失の場合の誓約 上記のとおり限度額適用認定証を滅失いたしました。この限度額適用認定証を発見したときには、直ちに返納いたします。 また、滅失した限度額適用認定証が他に不正使用された場合の責任を負い、貴組合に対して迷惑を かけないことを誓約いたします。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 印 住所			

事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から限度額適用認定証の再交付申請がありましたので提出します。 なお、今後は限度額適用認定証を滅失またはき損する事のないよう十分指導いたします。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 印 事業主氏名 電話番号
----------------------------	--

受 付 印