

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

**健康保険 限度額適用認定証 滅失 再交付申請書**

健康保険被保険者証の記号番号		被保険者氏名	被保険者生年月日	適用対象者氏名	適用対象者生年月日
(記号)	(番号)	(氏名)	昭和・平成・令和 年 月 日	(氏名)	昭和・平成・令和 年 月 日
再交付理由		発効年月日	有効期限	適用区分	再交付年月日
1. 滅失	2. き損.	令和 年 月 日	令和 年 月 日		令和 年 月 日

<b>滅失の場合に記入</b>	<b>誓 約 書</b>				
	<p>東海地区石油業健康保険組合理事長 殿</p> <p>このたび、健康保険限度額適用認定証を滅失してしまいましたが、今後このようなことがないように十分注意し、滅失した限度額適用認定証を発見した時は、ただちに返納いたします。</p> <p>なお、滅失した限度額適用認定証の不正使用が発生した場合は、その損害の一切を私が補償することを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">住所 令和 年 月 日 被保険者 氏名</p>				

<b>希望送付先</b>	※被保険者住所に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。				
	住所	〒 —			
	宛名			被保険者との関係	

【注意】医療機関等、ご自宅以外の送付先を希望する場合は、事前に送付先にその旨を伝え、了承を得てから申請してください。

※ 注意 限度額適用認定証を滅失・き損のため再交付を受けるときの様式です。き損の場合はその限度額適用認定証を必ず添付してください。