

限度額適用認定証 **滅失届** ~~再交付~~ 申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者） 情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎						
	住所	(〒 350 - 0001) 埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001		埼玉県					
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）								

滅失した認定証 情報	認定者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子			生年月日	年	月	日
	滅失理由	限度額適用認定証をズボンのポケットに入れておいたが、そのことを忘れてズボンを洗濯機で洗ってしまい、限度額適用認定証がボロボロになってしまった為						
	再交付事由	滅失	き損	再交付不要				

※限度額適用認定証を再交付する場合は、下欄にも記入ください。

希望送付方法	<input type="checkbox"/> 人事経由受取 <input type="checkbox"/> 自宅郵送（書留） <input type="checkbox"/> 自宅郵送（普通郵便） <input type="checkbox"/> 下記住所に送付を希望			
	住所	(〒 -) 都道府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
宛名	被保険者との関係			

上記のとおり申請します。滅失した限度額適用認定証を発見致しましたら、直ちに返納します。

令和 1 年 5 月 15 日

受付日付印

人事経由 本人直送

常務理事	事務長	係長	担当者

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄