

	常務理事			担当者

限度額適用認定証滅失届及び滅失(き損)再交付申請書

限度額適用 認定証の 記号番号	(記号)	被保険者の 氏名		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	(番号)									
被保険者の現住所		〒								
事業所の	名 称									
	所 在 地									
限度額適用認定証を滅失した年月日			令和 年 月 日							

限度額適用認定証 滅失者		被保険者 との続柄		生 年 月	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
限度額適用認定証を滅失した場所										
限度額適用認定証を滅失した事由										
再交付を申請する事由		滅 失		き 損		再交付不要				

滅失しました限度額適用認定証は発見致しましたら、直ちに返納いたします。

被保険者氏名 印

Umios健康保険組合理事長殿

上記被保険者 は限度額適用認定証を(滅失・き損)したこと、
また、上記の申請について事実と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日
住 所
事 業 主
氏 名

※記入上の注意事項

- 1. き損で再交付を申請する場合は、必ず限度額適用認定証を添付して下さい。
- 2. 滅失した場合は、その場所、事由を出来るだけ詳しく記入して下さい。
- 3. 「再交付を申請する事由」は該当する項目を○で囲んで下さい。
- 4. 滅失届のみに使用する場合は、「再交付不要」を○で囲んで下さい。