健康保険
限度額適用認定証 滅失 き損 再交付申請書

健保使用欄	課　長	係　長	係

被保険者等　記号・番号	被保険者の氏名	生年月日
記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入		昭和 平成　年　月　日

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	続柄	再交付原因	備考
		昭和 平成 令和　年　月　日		3.滅失 4.き損	
		昭和 平成 令和　年　月　日		3.滅失 4.き損	
		昭和 平成 令和　年　月　日		3.滅失 4.き損	
		昭和 平成 令和　年　月　日		3.滅失 4.き損	

申請事由	滅失またはき損した理由を詳しく記入してください。 （例：病院から返却された後、保管場所が分からなくなってしまった 等）

被保険者記入欄	上記のとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失・き損したのでお届します。 今後は、十分取扱いに注意いたします。 なお、この健康保険限度額適用認定証を発見した際は、ただちに返納いたします。 被保険者　住　所　〒 氏　名 ☎　（　　）

※上記の被保険者住所以外の住所へ送付する場合のみご記入ください。

送付希望先		
	住　所	〒 （　　様方）
	宛　名	

受付日付印

申請書郵送先
〒100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合 審査課医療係 宛
☎ 03-3581-1676

東京薬業健康保険組合

【 注 意 事 項 】

1. 年号欄は、該当する文字を〇で囲んでください。

2. 続柄欄は、被保険者との続柄を具体的に記入してください。

（例） 妻、夫、父、母、長男、長女、祖父、祖母

3. 再交付原因は、該当する文字を〇で囲んでください。

4. 申請事由欄は、滅失またはき損をしたときの状況を詳しく記入してください。

5. 再交付原因がき損の場合、き損した健康保険限度額適用認定証を添えて申請してください。