

※健 保 使 用 欄				
常務理事	事務長	課長		担当

**健康保険限度額適用認定証 紛失届 兼 再交付申請書**

被保険者証の記号・番号			被保険氏名		男 ・ 女
被保険者の勤務する (していた)事業所の	名 称				
	所在地				
認定対象者氏名		続柄		生年月日 (和暦)	年 月 日
再交付を	1. 希望する		2. 希望しない		
理由	1. 紛失		2. 毀損		
	3. その他 ( )				
<p align="center">カシオ健康保険組合殿 (和暦) 年 月 日</p> <p>うえの届書に記載した通り、限度額適用認定証を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、この認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p align="center">被保険者の 住所</p> <p align="center">氏名</p> <p align="right">※押印は不要ですが、住所・氏名は自署でご記入ください。</p>					

※毀損の場合は毀損した限度額適用認定証を添付してください。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 ※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

受付印