

(該当する□標題にレ印をしてください)

- 限度額適用認定証 特定疾病療養受療証
 限度額適用・標準負担額減額認定証

- 滅失・き損届
 再交付申請書

常務理事	部長	課長	係長	係

記号	番号	被保険者の氏名		申請の理由 (該当する番号に○)
被保険者の住所				
〒	一	TEL	()	
被保険者(本人が保持している証)			要・否	
被扶養者(家族が保持している証)			再交付の要否	
氏名		生年月日	要・否	
		昭 平 令 年 月 日	要・否	
申請対象となる方	1 滅失・き損(破損)のため 滅失・き損(破損)した年月日と場所(わかる範囲で) 〔 令和 年 月 日 場所 〕 その状況 〔 〕 滅失・き損(破損)いたしましたが、今後は十分注意いたします。 なお、滅失した証を発見した時は、直ちに返納いたします。 被保険者氏名			
	2 盗難による滅失のため ※悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします。 被害にあった年月日と場所 〔 令和 年 月 日 場所 〕 その状況 〔 〕			
	3 その他(下記に理由をご記入願います。)			

令和 年 月 日 提出

受付日付印