

(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	
被保険者の住所			
〒 — TEL ( )			
申請対象となる方	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	
		昭平令 年 月 日	要・否
		昭平令 年 月 日	要・否
		昭平令 年 月 日	要・否
		昭平令 年 月 日	要・否

申請の理由(該当する番号に○)

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