

見本

常務理事	事務長	課長	担当

健康保険限度額適用認定証 再交付・滅失・毀損届

京成電鉄健康保険組合 御中

被保険者証記号番号		×× - ×××××		
事業所	名称	□□□□株式会社		
被保険者	氏名	△△ △△ 印		
	生年月日	昭和 平成 令和 × : × 月 × 日		
適用対象者 (発行されている方)	氏名	△△ ○○		
	生年月日	昭和 平成 令和 × : × 月 × 日	被保険者 との続柄	◇◇
再交付・滅失・毀損の事由 (再交付・滅失・毀損の発生した時の状況を記入してください。)	有効期限後に返却するのを知らず、破棄してしまった。			

上記のとおり届出します。

令和 × 年 × × 月 × × 日

※健保使用欄
受付日