

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					
被保険者	氏名	⑩				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	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	年	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。)						

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

※健保使用欄
受付日