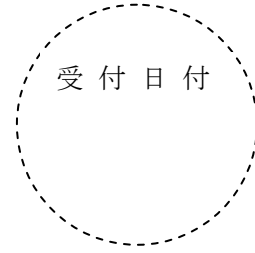


常務理事	事務長	係



健康保険限度額適用認定証

- 1 滅失・再交付申請  
2 き損無余白・再交付申請  
3 滅失・返納不能

届

再発行交付日

被保険者証の 記号・番号	記号 3	番号 1234567	被保険者の 氏名・印 日興 太郎 印
		被保険者の 生年月日 昭和 平成 ●●年 ●●月 ●●日	
被保険者の 住所	〒 ●●●-●●●● ○○県○○市○○町●-●-●		
事業所名	○○○○○○	株式会社 課 Tel ●●● (●●●) ●●●●	○○○○ 支店 部
発効期日	平成 令和 ●●年 ●●月 ●●日	受診者名	日興 花子
滅失の年月日	平成 令和 ●●年 ●●月 ●●日	滅失の場所	○○○○駅
滅失した理由	1. 盗難 2. 遺失 3. 焼失 4. 紛失 5. その他 ( )		
誓約 上記のとおり健康保険限度額適用認定証を滅失いたしました。尚発見に努め、発見した際は直ちに返納いたします。また後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。			
令和 ●●年 ●●月 ●●日 被保険者氏名 日興 太郎 印			所属長印 印
事業主の証明並びに連帯保証（滅失の場合のみ記入のこと） 被保険者 日興 太郎 が健康保険限度額適用認定証を滅失したことが上記のとおり相違ないことを証明します。また、後日に至り、この被保険者と連帯してその責めに任じます。			
令和 年 月 日 事業主氏名			印

一般被保険者（社員）の方は  
事業主（社長等）の承認印を  
もらってください

※ 一般被保険者（社員）の方は事業主（社長等）の承認印をもらって下さい。  
SMB C日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります（送付先：第二人事課）