

常務理事	事務長	担当	係

認定証 再交付申請書(兼 滅失・棄損 届)

Application Form for Reissuance of Certificates (Loss/Damage Notification)

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被保険者等の Information about Insured person, etc.	記号 Symbol	番号 Number	証の 種別 Certificate Type	☐ 限度額適用認定証 Certificate of Application of Maximum Copayment Amount ☐ 標準負担額減額認定証 Certificate of Standard Copayment Reduction ☐ 特定疾病療養受療証 Certificate Issued for Specific Disease Treatment
被保険者氏名 Name of Insured Person			生年 月日 Birth Date	年 月 日 ____/____/____ (YYYY / MM / DD)
申請理由 Reason for Application いずれかに□を 入れてください。 Please check one of the following.	☐ 次の理由により認定証の再交付をお願いします。I request reissuance of the certificate for the following reason. 滅失 ・ 棄損(棄損した認定証を添付ください) Loss / Damage (Please attach the damaged certificate) ☐ 認定証を滅失しましたので、届け出ます。但し、再交付の必要はありません。 I hereby report that the certificate has been lost. However, reissuance is not required.			
認定証を滅失 した対象者の Information about Person Who Lost Certificate	氏名 Name	続柄 Relationship	生年月日 Birth Date	備考 Remarks
			年 月 日 ____/____/____ (YYYY / MM / DD)	
			年 月 日 ____/____/____ (YYYY / MM / DD)	
			年 月 日 ____/____/____ (YYYY / MM / DD)	
滅失日 Date of Loss	年 月 日 / 不明 ____/____/____ (YYYY / MM / DD) Unknown			
滅失した状況 Circumstances of Loss				
うえの届書に記載したとおり、認定証を滅失・棄損いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、この認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。 I have lost or damaged the certificate as stated in the above notification, and will handle it with utmost care in the future. If the certificate is found, I will return it immediately.				
被保険者 住所 Address of Insured Person		年 月 日 提出 ____/____/____ (YYYY / MM / DD) Submission		
氏名 Name of Insured Person				
送付 希望先 Preferred Mailing Address	再交付した認定証の送付希望先をご記入ください。(再交付を希望されない場合は記入不要です) Please fill in the preferred mailing address for the reissued certificate (not required if reissuance is not requested).			
	住 所 Address	〒 _____		
	宛 名 Addressee			

受付印