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）

被保険者等の	記号	番号	証の種別	☐ 限度額適用認定証 ☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証
	※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。			
被保険者氏名			生年月日	年　月　日
申請理由 いずれかに☑を入れてください。	☐ 次の理由により認定証の再交付をお願いします。 滅失 ・ 棄損（棄損した認定証を添付ください） ☐ 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。			

認定証を滅失した対象者の	氏　名	続柄	生　年　月　日	備　考
			年　月　日	
			年　月　日	
			年　月　日	

滅失日	年　月　日　／　不　明
滅失した状況	

うえの届書に記載したとおり、認定証を滅失・棄損いたしましたが、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。

令和　年　月　日 提出

被保険者　住所

氏名

送付希望先	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）	
	住　所	〒　－ TEL　（　） ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください
	宛　名	

受付印