

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	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 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
提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			
申請理由 <small>いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。</small>	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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				
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 提出</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所 氏名</p>				
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