

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)

被保険者証の	記号 1234	番号 12345678	証の種別 <input checked="" 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
被保険者氏名	山口 太郎 (印)		生年 日 昭和 50 年 6 月 1 日
申請理由 いずれかに☑を 入れてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 次の理由により認定証の再交付をお願いいたします。 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、届け出ますが、 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
	山口 花子	妻	昭和 52 年 10 月 1 日
			年 月 日
滅失日	令和 1 年 5 月 1 日 / 不明		
滅失した状況	認定証の入ったお財布を紛失してしまったため		
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。			
令和 1 年 5 月 7 日 提出			
被保険者 住所 〇〇県〇〇市***** 氏名 山口 太郎 (印)			
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	再交付した認定証の希望送付先と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		

受付印