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 1234　番号 12345678 ※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。	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
被保険者氏名	山口　太郎	生年月日	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。	☑ 次の理由により認定証の再交付をお （滅失）・ 棄損（棄損した認定証を添付くださ ☐ 認定証を滅失しましたので、届け出ま 但し、再交付の必要はありません。		

再交付を希望される場合、いずれかに○印をつけてください。
棄損により再交付を申請される場合は棄損した認定証を添付してください。

認定証を滅失した対象者の	氏　名	続柄	生年月日	証書番号
	山口　花子	妻	昭和 52 年 10 月 1 日	
			年　月　日	
			年　月　日	

滅失日	令和 7 年 1 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 7 年 4 月 1 日 提出

被保険者　住所 ○○県○○市＊＊＊＊＊

氏名 山口　太郎

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	

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