

常務理事	事務長	課長	主事	担当

健康保険 限度額適用認定証<再交付>申請書

川崎重工業健康保険組合理事長 殿

この度、下記の理由により『健康保険限度額適用認定証』の再交付をお願いいたします。
 なお、紛失しました『健康保険限度額適用認定証』については、万一事故が起こった場合は私が全責任を負いますとともに、『健康保険限度額適用認定証』を発見したときは遅滞なく返却いたします。

平成 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号	番号			
被 保 険 者	氏 名	Ⓜ	事業所・所属		
	生年月日 (和暦)	年 月 日	電話番号		
適 用 対 象 者	氏 名		被保険者との 続柄		
	生年月日 (和暦)	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
被保険者(適用対象者)の 住 所	〒 ー				
理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他		(事 由)		

※ 破損・汚損の場合は、その『限度額適用認定証』を添付(返却)してください。

事業所所在地	〒 ー				
事業所名					
事業主名	[印]				
連絡先	担当者名 :		電話 :		

組合 処理	受 付	平成	年	月	日
	証 交 付	平成	年	月	日
	電算登録	平成	年	月	日