健保決裁欄	理事長	常務理事	事務長	係員	係員

受　付　印

健康保険　限度額適用認定証 再交付申請書

□滅失　□毀損（現物を添付してください）

ＣＮＣグループ健康保険組合　理事長　殿

（注）消える筆記用具（鉛筆やフリクションペン等）では記入しないでください。

被保険者証の記号番号		記号		番号	
被保険者本人	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	氏　名				
適用対象者 （７０歳未満）	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	氏　名				
	被保険者との続柄			性　別	□　男・□　女
被保険者本人の住所		（〒　　－　　）			
認定証の希望送付先 （上記住所以外の病院等へ送付を希望する場合のみ記入）	住　所	（〒　　－　　）			
	宛　名				
再交付申請の理由		（滅失した場所や毀損に至った理由等を詳しくご記入ください） （警察届出（盗難等）：　　月　　日）			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の再交付を申請します。
なお、限度額適用認定証を発見した時は直ちに返納いたします。

令和　　年　　月　　日申請

被保険者　氏　名　　㊞

電話番号　　（　　）

（携 帯）　　（　　）

＊健保記入欄