

限度額認定証 紛失・き損 届・再交付申請書

再交付 年月日	令和 年 月 日
------------	----------

サンリオ健康保険組合用			
常務理事	事務長	確認	担当

健康保険の 記号・番号	記号		被保険者氏名	
	番号			
勤務している 事業所の名称			再交付を申請 する者の氏名	
事業所所在地				
届出の事由 (できるだけ詳しく 記入して下さい。)				

うえのとおり、限度額認定証を 紛失 ・ き損 したのでお届けします。

今後は充分取扱いに注意いたしますので、再交付願いたく申請いたします。

なお、この限度額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

住所
被保険者 氏 名

上記届出の事由を調査した処相違ないので証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏 名 サンリオ健康保険組合 殿	受付日付印
--	-------

- ※ 1. 標題の該当字句以外のものは抹消すること。
2. き損のため届出るときはその限度額認定証を添付すること。