

※ 決 裁	常務理事	事務長	係長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 千円	適用区分
起 案 年 月 日						

※ 印欄は記入しないでください。

健康保険 限度額適用認定証 滅失・き損 再交付申請書

被保険者	記号・番号		氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住 所	〒		
適用対象者	氏 名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	住 所	〒		
再交付理由	1. 滅失 2. き損	(理由をご記入ください) ※き損の場合は限度額適用認定証を添付してください。		
<p>上記のとおり申請いたします。 後日、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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>京都府農協健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				