

|             |      |     |    |     |              |      |
|-------------|------|-----|----|-----|--------------|------|
| ※<br>決<br>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<br>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<br>2. き損 | (理由をご記入ください)<br><br>※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。<br/>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> |                |   |    |  |