

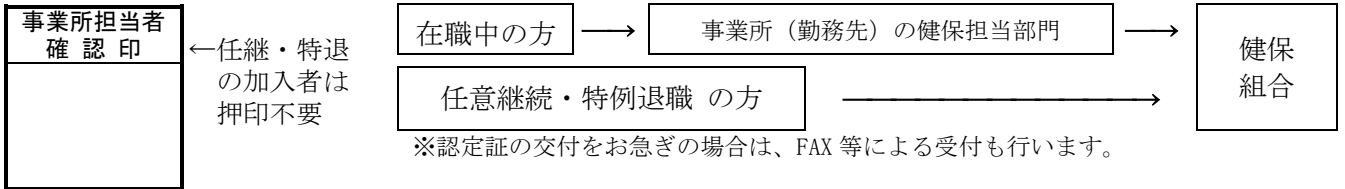
健康保険

限度額適用認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

健保組合決済			
常務理事	事務長	GL	担当者
選択肢の有る項目は、 それぞれ該当を○で囲んでください			

減失・毀損届 (兼 再交付申請書)

《申請書の流れ》



マイナポータル、資格情報のお知らせ、
資格確認証等で確認できる
健康保険の「記号」と「番号」をご記入ください

『減額認定証』減失・毀損の申請をします。
ください。

記号	番号	申請日	令和7年1月5日
1	12345	被保険者氏名	富士太郎
診療を受ける方	氏名	続柄	生年月日
	富士太郎	本人	昭平・令36年7月8日
被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合、申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄

減失・毀損理由 (詳細に記入のこと)	入院時に病院へ提出した。 その後、どこに片付けたのか判らなくなった。
再交付を	1. 希望する ② 希望しない (どちらかに○をつける)

再交付：当初交付した認定証と同様の有効期間で交付いたします。

※ 有効期間の残りが少なく、今後も高額に該当することが見込まれる場合は、
『2. 再交付を希望しない』を選択し、新たな申請書を提出して下さい。

※ 「認定証」の交付 (再交付含む) については、2025年12月2日以降は、「資格確認書」をお持ちの方のみ交付できます。

＜再交付した認定証の送付先について＞

- * 任意継続・特例退職の方は、必ず送付先住所をご記入ください。
- * 在職中の方は記入不要です。社内メール等により各事業所担当者様経由で送付いたします。但し、ご本人が入院・緊急の申請等の事情により事業所経由での交付が難しい場合に限り、ご希望の送付先 (ご自宅・ご実家等) へ認定証を郵送しますので送付先住所をご記入ください。

送付先	住所：〒 _____
	宛名： _____
	TEL： _____