

限度額申請・高齢受給者証等 再交付申請書

① 直接、健康保険組合へご郵送ください。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3-15-2 U-NEXT HOLDINGS 健康保険組合

② き損、劣化となった各種証書は、この申請書に添付してください。

●以下、太枠内のご記入をお願いします。

下記のとおり再交付を申請します。尚、今後は紛失、き損の無いようによく注意するとともに、失った証書を発見したときは、ただちにそれをお返します。

申請日 令和 年 月 日

証	☐	健康保険限度額適用認定証	☐	健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証		
	☐	健康保険高齢受給者証	☐	健康保険特定疾病療養受領証		
理由	☐	滅失（紛失）	☐	き損		
	☐	劣化	☐	（ その他 ）		
被保険者	保険証記載 記号 ー 番号		生年月日		番号電話（日中の連絡先）	
	ー		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	ー ー	
	フリガナ					
	氏名					
	送付先住所					
	〒 ー					
対象者	☐	被保険者本人 (下記「対象者」欄の記入は不要)		☐	被扶養者	
	フリガナ			続柄	生年月日	
	氏名				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日

常務理事	事務長	担当者	受付印