至　事業所健保窓口経由　三井住友トラストグループ健康保険組合

限度額適用認定証等 再交付申請書 兼 滅失届

被保険者 氏　名		記号		番号		被保険者 生年月日	昭 平　　年　　月　　日
被保険者 住　所							
証等の種類 (該当に〇)	1．限度額適用認定証　（ 本人分 ・ 家族分 ）　→ 該当の被扶養者氏名　〔　　〕 2．特定疾病療養受療証（ 本人分 ・ 家族分 ）　→ 該当の被扶養者氏名　〔　　〕						
申請理由 (該当に〇)		滅　失	再交付	要	※退職・更新手続き時における返納の場合は再交付不要に〇をしてください。 ※マイナ保険証をお持ちの方には、原則再交付は行いません。 ※き損の場合は、限度額適用認定証等を添付のうえ、ご提出ください。		
				不要			
		き　損	再交付	要			
				不要			

上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

常務理事	事務長	担当者

受付日		処理日	