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	健保　太郎	記号	○○○○	番号	○○○○○○	被保険者 生年月日	(昭) 平　△△年　△月　△日
被保険者 住　所	東京都○○区◇◇○-○-○						
証等の種類 (該当に○)	(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○)	○	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○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	