

常務理事	事務長	担当者

該当のものに✓してください

☐ 限度額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 滅失・き損 申請書
☐ 高齢者受給者証 再交付

被保険者情報	被保険者等の	記号 番号	生年月日	
		—	S・H・R 年 月 日	
	氏 名	フリガナ		
住 所	〒 —	日中連絡の取れる電話番号		

再交付該当者情報	提出理由 (該当するものに○)	1. 紛失 2. き損 ・ かすれ 3. 盗難 4. 罹災			
	該当者 (該当するものに○)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分	再発行を (該当するものに○)	1. 希望する 2. 希望しない	
	該当者が 被扶養者の 場合記入	該当者氏名	続柄	生年月日	
				S・H・R 年 月 日	
				S・H・R 年 月 日	
滅失・き損 したときの状況	※出来るだけ具体的にご記入ください				

誓約書	上記の申請書に記載した通り、限度額適用認定証・特定疾病療養受療証・高齢者受給者証を滅失しました。 今後は取扱いに十分注意し、発見したときは、直ちに返納するとともに、万が一このために損害が生じた場合は、一切の責任を負います。			
	令和 年 月 日	被保険者氏名(自署) _____		

事業主の証明	令和 年 月 日
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話
	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(被保険者)本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。
	事業主が確認した場合に○で囲んでください 確 認

コムシスホールディングス健康保険組合
受付印