

健保使用欄

旧被保険者証添付	有 無
申請理由	再交付・滅失

受 付	年 月 日		
決 定	年 月 日		
交 付 決 議 書			
常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険限度額（標準負担額減額）適用認定証
再交付（氏名変更等による再交付含）・滅失（紛失）届

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

下記のとおりお届けいたします。（「再交付届」「滅失（紛失）届」いずれか□にチェック）

被保険者等 記号・番号	○○○ ・ △△△	氏名	健保 花子
----------------	-----------	----	-------

再交付届

●氏名変更、紛失等により再交付を希望する場合

（※氏名変更の場合は、先に、「健康保険記載事項変更届」を各会社・団体人事へ提出。）

現在発行中の「健康保険限度額（標準負担額減額）適用認定証」の再交付をお願いします。

再交付理由	
-------	--

※氏名変更等で、現在、「限度額適用認定証」をお持ちの方は添付して申請してください。

【送付先】（いずれか□にチェック）

- 各会社・団体の本社人事経由で送付してください。
 下記「住所」へ送付してください

送付先住所 （各会社・団体の 本社人事経由の場 合は記載不要）	〒 — 電話（ ）—（ ）—（ ）
--	---

滅失（紛失）届

●退職、有効期限切れ等により、限度額適用認定証を返却しないとけないにもかかわらず返却できない場合

有効期限：令和○年○月○日までの「健康保険限度額（標準負担額減額）適用認定証」を紛失したためお届けします。なお、同一証の再交付は不要です。

※紛失した「限度額適用認定証」が見つかった場合は、必ず健保組合へ返却してください。

【会社・団体人事証明欄】

上記の届出のとおり相違ありません

申請日 年 月 日

【健保受付日付印】

在職中の方は各 会社・団体の本社人事へ提出

事業所 所在地
事業所 名 称
事業主 氏 名