

決裁日付印

常務理事	事務長	事務課(係)長	担当者

健康保険限度額適用認定証 滅失届

※この申請書につきましては「被保険者から直接健保組合へ申請及び健保組合から被保険者へ直接送付」可能です。
 ※太線内は被保険者が記入する欄です。

被保険者証の 記号および番号	—	※ 届出の 種類	滅失 ・ 毀損 (限度額証と一緒にご返却ください)
被保険者 氏名		被保険者 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
対象者 氏名	被保険者と同じ場合は「同上」とご記入ください。	対象者 生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
限度額適用 認定証を滅失 したときの状況			
再交付に ついて	希望しない ・ 希望する		
令和 年 月 日提出			
<p>上の届出に記載した通り、限度額適用認定証を滅失いたしました、 今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、この限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の氏名 ①</p>			
備考			

受付日付印