

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	記号・番号は保険証に記載してあります。 —	※ 届出の 種類	滅失届の理由を○で囲みます。 滅失 ・ 毀損 (限度額証を一緒にご返却ください)
被保険者 氏名	被保険者氏名は保険証に記載してあります。	被保険者 生年月日	被保険者の生年月日を記入してください。 昭和 ・ 平成  年 月 日
対象者 氏名	限度額証を受けている方、受けていた方  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 限度額証を受けている方、受けていた方の 生年月日を記入してください。  年 月 日
限度額適用 認定証を滅失 したときの状況	詳しくわからない場合でも、自分が覚えている範囲で状況を記入してください。		
再交付に ついて	有効期限内の滅失の場合は、再交付について○で囲みます。  希望しない ・ 希望する		
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。		提出年月日を記入してください。 令和 年 月 日提出	
被保険者の住所		住所・氏名の記入、押印をお願いします。	
被保険者の氏名		印	
備考			

受付日付印