

常務理事	事務長	係	係

健康保険限度額適用認定証滅失届

健康保険被保険者証の 記号・番号	記号		番号						
被保険者氏名	氏名		生年月日	昭5 平7					
被保険者が勤務する事業所の 名称・所在地	名称								
	所在地								
限度額適用認定証を滅失した者の氏名等	氏名		生年月日				性別	続柄	
	被保険者	(氏) (名)	昭5 平7 令9				男1 女2	本人	
	被扶養者	(氏) (名)					男1 女2		
	被扶養者	(氏) (名)					男1 女2		
	被扶養者	(氏) (名)					男1 女2		
被扶養者	(氏) (名)	男1 女2							
限度額適用認定証を滅失したときの 状況（詳しく記入）									

令和 年 月 日提出

上の届書に記載したとお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。

被保険者の住所

氏名

印

受付日付印

※ 押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

健保記入欄
発効年月日 年 月 日 有効期限 年 月 日