

決 裁		令和 年 月 日				
常務理事	事 務 長	業務部長	業務課長	業務係長	業務主任	担 当 者

健康保険限度額適用認定証滅失届

NO. _____

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の 氏 名	印
被保険者の 住 所	〒 ー TEL () 携帯TEL ()			
限度額適用認定証を 滅失した者の氏名			限度額適用認定証を 滅失した者の続柄	
被保険者の勤務 する事業所の	名 称			
	所在地			
限度額適用認定証を 滅失した理由				
上記に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしましたので 届出します。 なお今後、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。				

令和 年 月 日 提 出

受 付 日 付 印