

健康保険限度額適用認定証 滅失届

被保険者証 記号 番号	—	※ 届 書 の 種 類	喪失 ・ 削除 ・ その他			
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 生 年 月 日	5 : 昭 7 : 平 9 : 令	年	月	日
適 用 対 象 者 氏 名		適 用 対 象 者 生 年 月 日	5 : 昭 7 : 平 9 : 令	年	月	日
被保険者の 勤 務 する (していた) 事 業 所 の	名 称					
	所 在 地	〒 —				
限 度 額 認 定 証 を 滅 失 し た と きの 状 況	(いつ、どこで、どのようにして、など詳しく記入してください。)					
<p>うえの届書に記載したとおり、限度額認定証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。</p> <p>なお、この限度額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: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>						
※ 備 考						 組合受付印