

健康保険限度額適用認定証 滅失届

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------|-------------------|---|---|-----------|
| 被保険者等 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が、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 |