

常務理事	事務長	業務課長	扱 者

健康保険限度額適用認定証 滅失・き損 届

※ 平成・令和 年 月 日交付分

注意事項
この届出は健康保険限度額適用認定証を滅失又はき損した場合に提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者の 記号及び番号	記号		番号		
	②	被保険者の 氏名			③ 生 年 日 月 日	昭和 年 月 日 平成	
	④	限度額適用 認定証を 滅失・き損 した者の 氏名・続柄 生年月日	氏 名		生 年 月 日		続柄
					昭和 平成 令和	年 月 日	
	⑤	被保険者の 住所・電話番号	〒 ー 電話番号 ()				
	⑥	限度額適用 認定証を 滅失・き損 した年月日	平成 令和	年 月 日	⑦	限度額適用 認定証を 滅失・き損 した場所	
	⑧	限度額適用 認定証を 滅失・き損 した理由 (詳しく)					
	届書に記載したとおり限度額適用認定証を滅失又はき損しましたが、今後は取扱いに十分注意いたします。(滅失した限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納します。)						
令和 年 月 日 提出 被保険者氏名 _____							

受付日付印