

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	被保険者証の記号及び番号	記号	番号		
	②	被保険者氏名		③	生年月日 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・生年月日・続柄	氏名		生年月日	
					昭和 平成 年 月 日 令和	続柄
	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 年 月 日 令和	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