

健康保険 限度額適用認定証滅失届

事業所		
		係

被保険者証 記号・番号	(記号) — (番号)
	—
被保険者氏名	⑩ 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者住所	〒
事業所名称	
事業所所在地	
限度額認定適用対象者	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	続 柄 性別 男・女
限度額適用認定証を滅失した理由	

【限度額適用認定証発見の際の返納誓約】

上記理由により限度額適用認定証を滅失しましたのでお届けいたします。
 なお、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いたします。

被保険者氏名 ⑩

(事業主証明欄)

上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出し、滅失に相違ないことを証明します。	
住 所 〒	⑩
氏 名	
電話番号	

健康保険組合受付