健康保険限度額適用認定証　**滅 失 届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者証記号・番号 | - | 交付年月日 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 勤務する（していた）事業所の | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 適用対象者 | 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者との続柄 |  |  |
| 健康保険限度額適用認定証を滅失したときの状況 |  |
| 令和　　　年　　　月　　日 提出うえの届書に記載したとおり健康保険限度額適用認定証を滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意します。なお、この健康保険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。被保険者の　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　 　　　　　 |