

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			性別	男・女
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					
印					

