常務理事	事務長	担　当

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

被保険者記入用

被保険者情報	被保険者証の	記号		番号		
	事業所	会社名称		所属部署		従業員番号 ※事業主から指示があった場合のみ
	氏名	（フリガナ）		確認欄 □	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
	生年月日	□昭和 □平成　年　月　日		電話番号（日中の連絡先）	〔　　〕	
	住所	（〒　　－　　） 都　道　府　県				
滅失内容	滅失対象者		続柄		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
	滅失した理由					

上記のとおり、「健康保険限度額適用認定証」を滅失したことを、お詫び申し上げます。
今後このような事態を引き起こさぬように、細心の注意をいたす所存です。

なお、紛失した「健康保険限度額適用認定証」が発見された場合には、
速やかに返戻することと、もし、「健康保険限度額適用認定証」が悪用されたことが
発覚した場合には、その責任を負うことを誓約いたします。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日付印

日野自動車健康保険組合

R6.4改訂