

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	被保険者等 記号・番号	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