

# 健康保険 限度額認定証滅失届

常務理事	事務局長	課長	係

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別
		㊞		昭・平・令	年 月 日	男・女
認定証を滅失した日		被保険者の住所・電話番号				
年 月 日 平・令		TEL ( )				
適 用 対 象 者 の 氏 名			生 年 月 日		性別	
			昭・平・令	年 月 日	男・女	
認定証を滅失した場所および理由(詳しく)						

(注意事項)

- (1) この届出は健康保険組合へ認定証の返納をする際、紛失のため返納できない場合に提出してください。
- (2) この届出の提出後、認定証を発見したときは健康保険組合に返納してください。

受付日付印