

## 健康保険限度額適用認定証 滅失届

交付された健康保険限度額適用認定証について、滅失のため返納できませんので届け出ます。

令和 年 月 日 提出

記号・番号	—	事業所名	
被保険者氏名	印	被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日

該当者氏名	続柄	被保険者・被扶養者続柄( )	該当者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
滅失理由	1. 誤って破棄したため 2. 紛失したため 3. その他( )			

\* 欄は被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

*	申請者氏名	印	被保険者との関係	
	申請者の連絡先			
	申請理由	1. 事業所にて誤って破棄したため 2. 事業所にて紛失したため 3. その他( )		

健保決裁印				
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者

( )  
健保受付印