

【記入例】

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 〇〇 年 7 月 10 日 提出

| | | | |
|--------|----------------|----------|---------------------|
| 記号・番号 | 1234 — 1234567 | 事業所名 | 株〇〇 △△支店 |
| 被保険者氏名 | 明治 太郎 印 | 被保険者生年月日 | 昭和〇〇年 3 月 3 日 平成 |

| | | | | | |
|-------|--|----|--------------------|---------|-----------------------------|
| 該当者氏名 | 明治 花子 | 続柄 | 被保険者・被扶養者 続柄(妻) | 該当者生年月日 | 昭和〇〇年 12 月 10 日 平成 令和 |
| 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(具体的にご記入ください) | | | | |

* 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 | 【被保険者以外の方が申請する場合】 事業所担当者等が申請する場合は、こちらにご記入及びご捺印ください。 |
| | 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(具体的にご記入ください) |

| 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