明治グループ健康保険組合　理事長　殿

# 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者記号番号 | ― | 事業所名 | |
| 被保険者氏名 | 印 | 被保険者生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 該当者氏名 | | 続柄 | 被保険者<br>・<br>被扶養者<br>続柄（　　） | 該当者生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　　月　　日 |
| 滅失理由 | 1. 誤って破棄したため<br>2. 紛失したため<br>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 | ㊞ | 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<br>2. 事業所にて紛失したため<br>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

（給付様式10-3号）01.05