

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

常務理事	事務長	係長		係員

被保険者証の		氏名	印	生年月日			
記号	番号			年	月	日	
		(フリガナ)		☐ 昭和			
				☐ 平成			
被保険者の住所		郵便番号	-	電話番号 (日中の連絡先)	[]		
限度額適用認定証を失くしている方 (該当番号に○をする) 右記に失くしている方の被扶養者氏名	1 被保険者(本人が保持しているもの)						
	2 被扶養者(家族が保持しているもの)						
	氏名		生年月日			続柄	
	☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日		
	☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日		
	☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日		
☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日			
☐ 昭和 ☐ 平成		年	月	日			

滅失の理由(該当番号に○をする)

1 滅失のため

滅失した年月日と場所(わかる範囲で)

令和 年 月 日

場所

滅失に至った状況(できるだけ詳細に記入ください)

限度額適用認定証についての誓約

限度額適用認定証を滅失いたしました但しは取扱いに十分注意します。滅失した限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納します。

被保険者署名・捺印

印

2 盗難のため (悪用されるケースも想定されますので、警察への届出をおすすめします。)

盗難にあった年月日と場所

令和 年 月 日

場所

盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入ください)

上記のとおり被保険者から健康保険限度額適用認定証滅失届の提出がありましたので、届出いたします。なお、今後は健康保険限度額適用認定証を滅失することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

〒

印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

令和 年 月 日提出

受付日付印