

常務理事	事務長		係

健康保険 限度額適用認定証 滅失届
 限度額適用・標準負担額減額認定証

被保険者証	記号					
	番号					
被保険者氏名 (自署)				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
対象者氏名				対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
事業所名称 所属						
認定証を滅失した年月日	令和	年	月	日	認定証を滅失した場所	
認定証を滅失した時の状況 (詳しく記入)						
<p>うえの届書に記載したとおり、 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額認定を滅失いたしました。今後十分取扱いに注意いたします。</p> <p>なお、この認定証発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日提出</p> <p>被保険者の 住 所 〒 -</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 -</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名</p>						

- *この届書を提出する対象者は次のような場合の方です。
- ①有効期限の切れた認定証を滅失してしまった方
 - ②有効期限がまだある認定証を滅失したが期限内に使用予定がない方
- ※使用予定がある方は再度、申請書をご提出ください。

受付日付印