

常務理事	事務長	業務課長	担当者

- ☐健康保険 限度額適用認定証 滅失届
- ☐健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失届
- ☐健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

被保険者の 記 号・番 号	記 号	番 号	被保険者氏名	
対象者の氏名			対象者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
対象者の性別	男 ・ 女		対象者の続柄	
被保険者の勤務 する（していた） 事業所 （注）	名 称			
	所在地			
認定証等を滅失 したときの状況				
※ 該当する証を○で囲んでください。 令和 年 月 日 提 出 ※ 上の届書に記載したとおり、健康保険 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証 特定疾病療養受領証 を 滅失いたしました、今後は十分取扱いに注意します。 ※ なお、当該 認定証 ・ 受療証 を発見したときは、ただちに返納いたします。 被保険者（申請者）の住 所 氏 名				
備 考	No, 平成・令和 年 月 日交付		受付日付印	

（注） 勤務先事業所欄については、任意継続被保険者となってから
発行された場合は、記入の必要はありません。