

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

被保険者証の 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。