

| | | | |
|------|-----|------|-----|
| 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。