

## 健康保険限度額適用認定証 滅失届

被保険者証の 記号・番号	記号		番号		
被保険者氏名				生年月日	昭和・平成 年 月 日
対象者の氏名				対象者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者の勤務する(していた)事業所	名称				
	所在地				
認定証を滅失したときの状況					
<p>うえの届書に記載したとおり、認定証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日 提出</p> <p>被保険者の住所 _____ 電話番号 ( ) _____</p> <p>氏 名 _____</p>					
備考					受 付 印