

健康保険限度額適用認定証 滅失届

届出年月日 令和 年 月 日

記号・番号 (保険証左上に記載)	<input type="text"/> - <input type="text"/>	事業所名	<input type="text"/>
被保険者氏名	<input type="text"/>	被保険者 TEL	<input type="text"/>

下記認定対象者に発行された健康保険限度額適用認定証を滅失いたしました。なお、この認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

届出区分	<input type="checkbox"/> 滅失・盗難 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)										
対象者者氏名	<input type="text"/>	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	続柄	<input type="text"/>
再交付の希望について	<input type="checkbox"/> 再交付を希望する ※ 再発行が必要な場合は、改めて「健康保険限度額適用認定申請書」を提出してください。 <input type="checkbox"/> 再交付を希望しない										

健 保 組 合	
決 裁	処 理
<input type="text"/>	<input type="text"/>

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当
<input type="text"/>	<input type="text"/>