

# 健康保険限度額適用認定証 滅失届

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	◎ 認定証を滅失した方、お一人につき 1枚提出してください。			
	フリガナ			◎ 必ず被保険者が記入してください。			
	氏名			生年月日 昭和 平成 年 月 日			
勤務する (していた) 事業所名称	※任意継続被保険者の場合は記入の必要はありません。						

対 象 者	対象者が被保険者の場合は記入の必要はありません。					
	フリガナ			生年月日		
氏名			昭和 平成 令和 年 月 日			

滅 失 し た 状 況	滅失日	令和 年 月 日				
	滅失したときの 状況	※「不明」や空欄は受付できませんのでご注意ください。				

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、充分取り扱いに注意いたします。  
なお、この認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。

提出日	令和 年 月 日					
住所	〒	—	都道 府県			
電話番号 (日中の連絡先)			TEL	(	)	
被保険者氏名						
備考	※受付日付印					

● この届をご提出する対象者

- ・有効期限の切れた認定証を滅失してしまった方
- ・有効期限がまだある認定証を滅失したが、期限内に使用予定のない方

※ 使用予定のある方は【限度額適用認定証 滅失再交付申請書】をご提出ください。

関東ITソフトウェア健康保険組合

令和7年5月改訂