

調査役	課長代理	係長	係長	主任	係

処 理 結 果	
発 効 年 月 日	令和 年 月 日
有 効 期 限	令和 年 月末
適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ / I・II

健康保険限度額適用認定証 滅失再交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号
	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	
	住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒	都 道 府 県

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 氏 名	生 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。

送 付 先	上記の「被保険者住所・被保険者宛」以外に送付を希望する場合のみご記入ください。		
	* 会社宛の場合は社名・部署名等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 医療機関宛の場合は事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、医療機関名・病棟・病室番号等を記入のうえ、個人名を必ずご記入ください。 * 個人宅宛で送付先の苗字と受取人の苗字が異なる場合のみ、必ず(様方)をご記入ください。		
	住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒	都 道 府 県

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。	
令和 年 月 日	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

有効期限がまだある認定証を滅失し、期限内に使用予定のある方

※ 使用予定のない方は【限度額適用認定証 滅失届】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8年4月改訂