

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			
(フリガナ)			生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
被保険者氏名					
(フリガナ)			交付対象者の 生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日
交付対象者の 氏 名					
被保険者の勤 務する(してい た)事業所	名 称				
	〒 -				
	所在地				
滅失日	平・令		年	月	日
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、充分取り扱いに注意いたします。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日 提出 〒 -</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>					
備 考			※ 受付日付印		

関東ITソフトウェア健康保険組合

○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届再交付申請書をご提出ください。