

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。 ◎ 必ず被保険者が記入してください。						
	フリガナ 氏 名				生 年 月 日					
					昭和 平成		年		月	
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 氏 名				生 年 月 日					
					昭和 平成 令和		年		月	

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	〒		一				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。