

常務理事	事務長		担当

健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者等 記号・番号			
被保険者氏名			
社員番号			
事業所名			
滅失した限度額適用認定証	1. 被保険者分		
	2. 被扶養者分	被扶養者氏名	続柄

限度額適用認定証を 滅失したときの状況	(出来るだけ具体的に記入して下さい)
------------------------	--------------------

上記の届出に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失しました。今後は取扱いに十分注意します。
なお、限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納します。
滅失した限度額適用認定証等によって保険給付等に事故が発生した場合は一切の責任を負います。

年 月 日

被保険者氏名

受付日付印