

# 健康保険限度額認定証滅失届

記入例

**注意事項**  
 この届出は被保険者・家族が限度額認定証を滅失したため、次のような場合に  
 限度額認定証を返納できないために届出するものです。  
 被保険者資格喪失時に限度額認定証（対象者）を添付して返納できない場合、  
 被扶養者抹消の際に当該被扶養者の限度額認定証を添付して返納できない場合。  
 一面の記載内容に変更があった場合。

健康保険被保険者証の記号及び番号		1111	2222	被保険者の氏名、性別及び生年月日		運輸 太郎 (男)・女 昭和・平成 50 年 1 月 1 日 日生	
被保険者の資格を取得した年月日		昭和 (平成)	5 年 1 月 1 日	対象者の氏名、性別及び生年月日		運輸 太郎 (男)・女 昭和・平成 50 年 1 月 1 日 日生	
限度額認定証を滅失した事由(詳しく)		いつ頃、どこでというように具体的に記入してください。					
滅失時の受診状況	傷病名	保険診療を始めた年月日		保険診療を担当した医療機関等		備考	
		名	所在地(郡市区名)	名称	所在地(郡市区名)		
1	糖尿病	(昭和) 平成	60 年 1 月 1 日	病院	神戸市中央区 ××× 町		
2		昭和 平成	年 月 日				
3		昭和 平成	年 月 日				

上記のとおり限度額認定証を滅失したため返納することができません。なお、資格喪失後の受診にかかる治療費がある場合は全額貴健康保険組合に返還します。

平成 年 月 ×× 日 提出

被保険者住所 神戸市中央区 町×××  
 被保険者氏名 運輸 太郎 (運)  
 電話番号 ( ) - ××××

限度額認定証滅失に関する事業主の証明	上記のとおり、事実に相違ないことを証明します。	事業所の所在地、名称及び氏名	神戸市中央区 町××× 株式会社 代表取締役 電話 ( ) ××××	代表
--------------------	-------------------------	----------------	---	----