

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

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	
被 保 険 者 氏 名				
生 年 月 日				
昭和 年 月 日 平成				
適用対象者氏名 <small>(被保険者の場合、記入不要です)</small>			続柄	
生 年 月 日				
昭和 年 月 日 平成 令和				
滅失した時の状況について 詳しくご記入ください。				
<p>上記のとおり限度額適用認定証を滅失したため返納することができません。 なお、この限度額適用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</p> <p style="text-align: right;">被保険者住所 〒 -</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 () -</p>				

この届出は被保険者・家族が限度額適用認定証を滅失したため、次のような場合に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適用認定証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適用認定証を添付して返納できない場合
- 限度額適用認定証の更新時等に限度額適用認定証又を提出することができない場合
- 再交付が必要な場合はこの届出に併せて、改めて「健康保険限度額適用認定証交付申請書」を提出してください

受付日付印