

## 健康保険限度額適用認定証滅失届

|                                   |    |    |    |  |
|-----------------------------------|----|----|----|--|
| 被保険者の                             | 記号 | 番号 | 氏名 | 生年月日   |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
| 滅失した者の                            | 氏名 |    | 続柄 | 生年月日   |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
|                                   |    |    |    | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成                 年 月 日 |
| 滅失したときの状況(詳しく)                    |    |    |    |  |
| 平成 年 月 日 提出                       |    |    |    |  |
| この健康保険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。 |    |    |    |  |
| 住所<br>被保険者<br>氏名                  |    |    |    | 印  |

受付日付印