

経過	限度額適用認定証の返納があったときは その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	被保険者の資格を喪失した者である ときは、その年月日	令和 年 月 日				
	届書の種類	滅失・再交付・更新・検認・その他	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失・その他		

健康保険限度額適用認定証滅失届

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日		被保険者の資格を取得した日
		㊟	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和
被 保 険 者 の 現 住 所					
被保険者の勤務する(していた)事業所の名称および所在地					
名 称					
所在地					
限度額適用認定証を滅失した年月日	限度額適用認定証を滅失した場所(理由)		滅失した被扶養者の氏名	備考	
令和 年 月 日					

(限度額適用認定証発見の際の返納誓約書)

うえの届書に記載したとおり健康保険限度額適用認定証を滅失しましたが、この健康保険限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

事業主の証明	被保険者が健康保険限度額適用認定証を滅失したこと、 届け出のとおり相違無いことを証明します。	
	事業所所在地	〒
	事業所 名称	
	事業主 氏名	㊟
	電 話	

被保険者氏名 _____ ㊟

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印