

健康保険限度額適用認定証滅失届

常務理事	事務長	課長	担当者

(注意事項)

一、この届書は、次の場合に提出してください。
 イ、健康保険限度額適用認定証を滅失したため再交付を受ける場合。
 ロ、一被保険者資格喪失届に滅失のため、健康保険限度額適用認定証を添付できない場合。
 ハ、健康保険限度額適用認定証を滅失したため健康保険限度額適用認定証の有効期限が切れた後も返納できない場合。

二、記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、③・④・⑥の元号（昭和・平成・令和）については、それぞれ該当する元号を○でかこんでください。
 ロ、④欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書い
 てください。

① 被保険者等記号及び番号	記号	番号	
② 被保険者氏名・印	③ 生年月日		昭和 平成 令和
④ 限度額適用認定証を滅失した者の氏名・生年月日など	氏名	生年月日	備考
		昭和 平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日
		昭和 平成 令和	年 月 日
⑤ 被保険者の現住所	〒 ー		
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日		
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称		
	(ロ) 所在地		
⑧ 限度額適用認定証を滅失した年月日	令和 年 月 日	⑨ 限度額適用認定証を滅失した場所	
⑩ 限度額適用認定証を滅失した理由 (詳しく)			

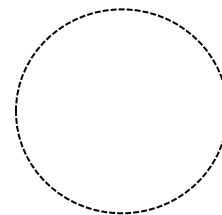
〔限度額適用認定証発見の際の返納誓約〕

上の届書に記載したとおり限度額適用認定証を滅失しましたが、この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。

被保険者氏名

事業主の証明	上記のとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
電話	() 番

* 受付日付印



社労士記載欄		会員の番号				
--------	--	-------	--	--	--	--