

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名 (フリガナ)	生年月日	年	月	日
	自署してください。			☐ 昭和[]			
住所 (〒 -)			電話番号(日中の連絡先)				
			TEL ()				

滅 失 さ れ た 方	氏 名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和				
	氏 名	続柄	生年月日	年	月	日	備考
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和				
氏 名	続柄	生年月日	年	月	日	備考	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和					
氏 名	続柄	生年月日	年	月	日	備考	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和					

滅失した理由	詳しく記入してください。	滅失の状況	☐ 発生日時 年 月 日 ☐ 発生場所
誓 約 書	私は、本申請書に記載した通り、限度額適用認定証を滅失いたしました。万一、該当限度額適用認定証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。 被保険者(本人自署)		

※ 限度額適用認定証は、クレジットカードと異なり、使用を停止することができません。
最寄りの警察署に届出てください。

※ 滅失した限度額適用認定証が発見された場合には、必ず発見した限度額適用認定証を健康保険組合に返納してください。

健保記入欄
返納があった場合の返納日 年 月 日

常務理事	事務長	担 当