

健康保険限度額適用認定証滅失届

① 被保険者等 記号—番号

—

② 被 保 険 者 氏 名

③ 適 用 対 象 者 氏 名

④ 事 業 所 名 称

⑤ 限度額適用認定証を滅失した時の状況

提出日

令和 年 月 日

上の届出に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしました。

今後は充分取り扱いに注意いたします。

なお、本証を発見したときには、ただちに返納いたします。

住 所

氏 名

備 考 欄

受付日付印