

# 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 <small>記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入</small>		※ 届書の 種類	失 効
② 被保険者氏名		③ 生年月日	昭和 年 月 日 平成
④ 被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	⑤ 対象者	
被保険者の勤務 ⑥ する(していた) 事業所の	(ア) 名称  (イ) 所在地		
限度額適用 ⑦ 認定証を滅失 したときの状況			
令和 年 月 日 提出			
うえの届書に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしました が、今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この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。			
被保険者の 住 所  氏 名			
※ 備 考	(受付日付印)		

(注意事項)

この届書は、健康保険限度額適用認定証の有効期限切れや、資格喪失(削除)の際に滅失したため返納することができない場合に提出が必要です。