

健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者証記号番号		0000-00000	被保険者氏名 生年月日		健保 太郎 S・H ○○年○○月○○日
事業所	名称	○○○○株式会社			
	所在地	〒111-1111 ○○県○○市○○町1-1			
適用対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	S・H 年 月 日	性別	男 ・ 女	
被保険者（適用対象者）の住所		〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町1			
限度額適用認定証を 滅失したときの状況		去年の引越しのときに紛失			
<p>うえ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。</p> <p style="text-align: right;">             〒○○○-○○○○              被保険者の 住所 ○○県○○市○○町1              氏名 健保 太郎         </p>					



受付年月日