

健康保険 限度額適用認定証滅失届

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	××××・×××	事業所の 名称	(株)
	被保険者の 氏名	ワガケンポ タロウ 健保太郎	被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年 1 月 1 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
	被保険者の 現住所	〒×××-×××× 県 市 ×丁目××-×電話 ( XXX ) XXX -XXXX		
	限度額認定証 適用対象者氏名	ワガケンポ ハナコ 健保花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 2 月 7 日 <input type="checkbox"/> 令和
	限度額認定証を 滅失した事由	年 1 月の入院時に病院に提出したが、その後見当たらない		
<p>記載のとおり限度額認定証を滅失しました。 この限度額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (自署) <b>健保太郎</b></p>				

上記のとおり被保険者が限度額認定証を滅失したことについて、届出のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	<p style="text-align: center;">令和 ××年 4 月 4 日</p> <p style="text-align: center;">XXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇株式会社 〇 〇 〇 〇</p> <p style="text-align: center;">電話 (     )     ー</p>
--------------------------	---

受 付 印