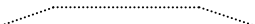


健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	限度額認定証の 対象者氏名	
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	名称			
	所在地			
限度額適用認定 証を滅失したと きの状況 (くわしく)				
令和 年 月 日 提出				
<p>うへ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。万一、この限度額適用認定証が不正に使用されたことにより、貴健保が医療費その他の損害を被った場合には、私がその一切の責任を負うことを誓約いたします。</p> <p>なお、この限度額適用認定証を発見したときには、ただちに返却いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>				
備考			 受付年月日	

(2021.02)