

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定証滅失・毀損届

限度額証	記号		フリガナ	
	番号		被保険者名	印
被保険者住所		〒 ー		
事業所名				
届書の種類		☐ 滅失 ☐ 毀損 ☐ その他		
適用対象者名				
限度額証を滅失・毀損した理由 (詳しく)				
限度額証の滅失・盗難年月日		年 月 日	滅失・盗難場所	

事業主証明欄	限度額証を滅失または毀損した事が届出のとおり相違ない事を証明します。	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	印

〔注１〕健康保険限度額適用認定証の再交付を必要とする場合は、再度「限度額適用認定証申請書」も提出して下さい。

〔注２〕滅失した場合は万一に備えて、必ず警察に届けてください。

〔注３〕滅失した健康保険限度額適用認定証を発見したときは、直ちに返納して下さい。