

常務理事	事務長	担当

- 健康保険 限度額適用認定証 滅失届
- 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失届
- 健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

※滅失した証にしてください。

以下に記載したとおり（**限度額認定証**・限度額適用標準負担額減額認定証・特定疾病療養受療証 ※滅失した証に○で囲ってください）を滅失いたしました。  
 なお、発見したときは直ちに返納いたします。  
 この証によって保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

2021年 1 月 31 日 被保険者氏名（申請者 **健保 次郎**）

被保険者証の記号番号	記号	○		生年月日				資格取得年月日					
	番号	○○○			2004	0	4		0	1	2020	1	2
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ ジロウ		Emp No. (注)	0 0 0 0 0 0 0 0 0								
		<b>健保 次郎</b>		被保険者住所	〒 000-0000 ○○県○○区○○○								
所属事業所及び部署名(注)	(株) ○○○○				電話	00-0000-0000							
提出理由 (該当するものに○を)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. その他 ( )												
該当者 (該当するものに○を)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者分 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者分												
該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日						
	②	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日						
	③	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日						
滅失したときの状況	※滅失した状況を具体的にご記入ください。  <h2 style="color: red;">保管場所不明</h2>												
警察への届出状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	届出先	○○○		警察署	届出日	2020	年	○	月	○	日
備考	平成・令和 年 月 日 交付				※健保使用欄				受付日付印				
					<ul style="list-style-type: none"> <li>・喪失</li> <li>・被扶養者（異動）</li> <li>・更新</li> <li>・その他</li> </ul>								