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　※滅失した証に〇で囲ってください）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。

年　　月　　日　被保険者氏名（申請者）

被保険者証の記号番号	記号 番号	生年月日	年	月	日	資格取得年月日	年	月	日		
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		Emp No.（注）								
		被保険者住所	〒 電話　（　　）								
所属事業所及び部署名（注）											
提出理由（該当するものに〇を）	1．滅　失 2．その他　（　　）										
該当者（該当するものに〇を）	1．被保険者分　　2．被扶養者分										
該当者が被扶養者の場合記入	①	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	年	月	日			
	②	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	年	月	日			
	③	ﾌﾘｶﾞﾅ	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。										
警察への届出状況	有　・　無	届出先	警察署	届出日	年　　月　　日						
備考	平成・令和　　年　　月　　日交付		※健保使用欄 ・喪失 ・被扶養者（異動） ・更新 ・その他	受付日付印							

アクセンチュア健康保険組合　（注）任意継続被保険者となってから発行された場合は記入の必要はありません。

（2021.4.1版）