

常務理事	事務長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者証 記号・番号		—			
事業所名称					
被保険者氏名		生年月日	昭 ・ 平	年	月 日
交付 対象 者	氏名	被保険者との 続柄			
	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月 日	才 性別 男・女
被保険者の住所		〒			
被保険者の連絡先		日中連絡とれる電話番号を記入 携帯・自宅・会社			
認定証を滅失したときの状況 (詳 し く)					

令和 年 月 日届出
うえのとおり届出いたします。

健保組合記入欄

発行通番	
発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日

