

健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者等記号番号		—	被保険者氏名 生年月日		S・H・R 年 月 日
事業所	名称				
	所在地				
適用対象者	氏名			被保険者との続柄	
	生年月日	S・H・R	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者（適用対象者）の住所					
限度額認定証を滅失したときの状況					
<p>うえの届書に記載したとおり限度額適用認定証を滅失しましたが、この限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p style="margin-left: 200px;">被保険者の 住所</p> <p style="margin-left: 200px;">氏 名</p>					

受 付 年 月 日