

常務理事		事務長		担当者

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

※この届出は、被保険者または被扶養者が限度額認定証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです。
(限度額認定証を滅失した方、お1人につき1枚提出してください)

被保険者記号番号		被保険者の氏名		生年月日			性別
記号	番号	(氏)	(名)	元号	年	月	日
			㊟				男 ・ 女
資格喪失日		被保険者の連絡先					
令和	年	月	日	〒			
		電話番号		携帯番号			

滅失対象者	氏 名		生年月日		性別	続柄	備考
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年 月 日	男・女		
<input type="checkbox"/> 被扶養者							
滅失したときの状況							
(いつ・どこで・どのような状況で、できるだけ詳しく)							

(限度額認定証発見の際の返納誓約)

うへの届書に記載したとおり限度額認定証を滅失しましたが、この限度額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 ㊟ 令和 年 月 日提出

事業主の証明	(限度額認定証発見の際の返納誓約)
	うへの届書に記載したとおり限度額認定証を滅失したため提出します。 なお、限度額認定証を回収したときは、ただちに返納いたします。
	令和 年 月 日提出
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	㊟

社会保険 労務士の 提出代行者印	㊟
------------------------	---

受付印日付

常務理事		事務長		担当者

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

※この届出は、被保険者または被扶養者が限度額認定証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです。
(限度額認定証を滅失した方、お1人につき1枚提出してください)

被保険者記号番号		被保険者の氏名		生年月日			性別
記号	番号	(氏)	(名)	元号	年	月	日
1	0	ケンボ	タロウ	昭和	46	6	20
	2345678	健保	太郎				男
資格喪失日		被保険者の連絡先					
令和 2年 10月 1日		〒 被保険者の住所・連絡先を記入					
		電話番号				携帯番号	

対象となる者	氏名		生年月日			性別	続柄	備考
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年	月	日		
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	ケンボ	ユタカ	平成	20	5	20	男	長男
滅失したときの状況		自宅にて保管していたつもりが、紛失してしまい						
(いつ・どこで・どのような状況で、できるだけ詳しく)		探したが発見できなかった。				具体的に、詳しく記入してください		

(限度額認定証発見の際の返納誓約)

うへの届書に記載したとおり限度額認定証を滅失しましたが、この限度額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 健保 太郎 令和 2年 10月 10日提出

事業主にこの届出を提出する日付を必ず記入

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うへの届書に記載したとおり限度額認定証を滅失したため提出します。
なお、限度額認定証を回収したときは、ただちに返納いたします。

令和 2年 10月 11日提出

事業主の証明

事業所所在地

事業所名称 事業所記入欄

事業主氏名 印

必ず、記入してください

事業所の『公印』が必要です

社会保険
労務士の
提出代行者印 印