

健康保険 限度額適用認定証滅失届

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
			<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒	—)	都	道	
				府	県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

以下のとおり届出いたします。

滅失対象者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	年 月 日
限度額適用認定証有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
滅失の事由	
事業所の名称	
事業所の所在地	
備考	

(2023.4)

受付日付印