

健康保険限度額適用認定証滅失届

《注意事項》

- ① ～ ⑦まですべて記入してください。
 ④・⑤は対象者について記入してください。
 ⑦の被保険者の氏名はかならず記入してください。

| | | | |
|--|-----|-----------------------|-------------------|
| ① 限度額適用認定証の記号・番号 | — | ② 被保険者氏名 | |
| ③ 被保険者の勤務している（していた）事業所の | 名 称 | | |
| | 所在地 | | |
| ④ 対象者氏名 | | ⑤ 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| ⑥ 限度額適用認定証を滅失したときの状況 | | | |
| <p style="text-align: right;">⑦ 令和 年 月 日 提出</p> <p style="text-align: center;">うへの届書に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。 なお、この限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> | | | |
| 備 考 | | 東京金属事業健康保険組合 受付日付印 | |
| 社会保険労務士 記 載 欄 | | 氏名等 | |