

# 健康保険限度額適用認定証 滅失届

常務理事	事務長		抜出者

被保険者証	記号	番号	被保険者氏名		(印)	性別	男女	
生年月日	昭平令	年月日	勤務事業所	資格取得年月日	昭平	年月日		
被保険者が資格喪失した場合			資格喪失日	年月日	限度額適用認定証を滅失した	年月日	年月日	
被扶養者が資格喪失した場合			資格喪失日	年月日	限度額適用認定証を滅失した	年月日	年月日	
滅失届の対象となる者	被保険者欄		生年月日	性別	続柄	健康保険限度額適用認定証を滅失した理由		
			上記に同じ		本人			
	被扶養者欄	氏名		生年月日	性別	続柄	年月日提出 上記のとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失いたしましたので届出します。  被保険者の 住所	
			昭平令	年月日	男女			
			昭平令	年月日	男女			
			昭平令	年月日	男女			
		昭平令	年月日	男女				
	昭平令	年月日	男女		○			
上記のとおり被保険者から健康保険限度額適用認定証の滅失届がありましたので提出します。								
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			印		_____ 年 月 日			

健保受付印

東急百貨店健康保険組合理事長 殿

この届出書は被保険者が健康保険限度額適用認定証の有効期限に達し返納する際に、返納できない場合または更新の際に添付返納できない場合に提出するものです。