

健康保険限度額適用認定証 滅失届

被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名			生年月日	□昭 和・□平 成・□令 和 年 月 日
対象者の氏名			対象者の 生年月日	□昭 和・□平 成・□令 和 年 月 日
被保険者の勤 務する(してい た)事業所	名 称			
	所在地			
認定証を 滅失した ときの状況				
<p>上記のとおり、認定証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日 提出</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>被保険者の住所 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ⑩</p>				

備 考	
-----	--

／ 受 付 印 　　＼

常務理事	事務長	課 長	係

池友会健康保険組合