

常務理事	事務長	グループ統括	課長	担当

**健康保険 限度額適用認定  
限度額適用・標準負担額減額認定証滅失届**

被保険者等記号番号		—		
被保険者	氏名			事業所
	生年月日	年	月	日
減失対象者	氏名			被保険者との続柄
減失年月日		令和 年 月 日		
減失した事由 (状況について記入して下さい)				
		<p>上記の通り滅失しましたが、この限度額適用認定証等を発見したときは、ただちに返納致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 被保険者 氏名</p>		

事業主の証明 (滅失事由を○で囲んで下さい。)	上記の通り限度額適用認定証等を滅失(紛失・遺失・盗難・焼失)したことに相違ないことを証明します。			
	令和	年	月	日
	住所 事業主 氏名			

※限度額適用認定証等を滅失したため、返納することができないときに提出して下さい。

受付印