

| | | |
|-------|----|---|
| 年 月 日 | | |
| 課長 | 係長 | 係 |
| | | |

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証滅失届

(注意事項)

この届書は、限度額適用・標準負担額減額認定証を滅失したため再交付を受ける
 場合、「被保険者資格喪失届」に健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を
 添付して返納することができない場合、被扶養者でなくなったとき、認定の条
 件に該当しなくなったとき又は、有効期限に達したとき、滅失し返納すること
 ができる場合に提出するものです。
 ◎ ⑤欄は、被扶養者用を滅失したときに、被扶養者の氏名を記入
 してください。

| | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|----------------|
| ① 被保険者証の 記号番号 | . | | ※ 届書の種類 | 限度額・減額認定 |
| ② 被保険者氏名 | | | ③ 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| ④ 被保険者であるときは 資格取得年月日 | 昭和 年 月 日 平成 令和 | | ⑤ 被扶養者用を 滅失したときは その被扶養者の氏名 | |
| ⑥ 被保険者の勤務する(していた)事業所の | (7) 名称 | | | |
| | (4) 所在地 | | | |
| ⑦ 健康保険標準負担額減額認定証を滅失したときの状況 | (詳しくご記入ください) | | | |
| 令和 年 月 日 提出 | | | | |
| <p>うえの届書に記載したとおり、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を滅失いたしました。今後には十分取扱いに注意します。</p> <p>なお、この健康保険限度額適用・標準負担額減額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;">被保険者の 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> | | | | |
| ⑧ 備考 | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div> | | | |