

健康保険限度額適用認定証 減失届

常務理事	事務長	課長	係長	係員

① 健康保険 被保険者証の記号	② 健康保険 被保険者証の番号	ア 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	イ 性別 男 1 女 2	ウ 認定証発行年月日 年 月 日
エ 被保険者の住所			オ 備考		

減失の対象となる者	④※被扶養者番号	カ 氏名 (氏) (名)	キ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	ク 性別 男 1 女 2	ケ 続柄	コ 認定証を返納できない理由
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1 女 2		
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1 女 2		
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1 女 2		
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1 女 2		

令和 年 月 日 提出

受付日付印