常務理事	事務長			担当者

健康保険　限度額適用認定証　滅 失 届

被保険者	記号		番号	
	氏名			
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日生		

適用対象者	滅失の証	氏名	続柄	昭・平・令　　年　　月　　日生
		氏名	続柄	昭・平・令　　年　　月　　日生
		氏名	続柄	昭・平・令　　年　　月　　日生
		氏名	続柄	昭・平・令　　年　　月　　日生

滅失理由（具体的に記入のこと）

受 付 印

※健保使用欄

事業所	有効期限