

健康保険限度額認定証滅失回収不能届

被保険者等記号・番号		被保険者氏名		生年月日	
記号	番号			昭・平・令 年 月 日生	
認定対象者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生	続柄	
発効年月日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日		

◆ 被保険者記入欄

滅失したときの状況（詳しく）	滅失した日	1. 令和 年 月 日ころ , 2. 不明	
	滅失した場所		
	滅失したときの状況 ※ 不明の場合は、滅失したと判断したときの状況を詳細に記載してください。		
被保険者の住所・電話番号	〒	—	TEL ()
上記のとおり、認定証を滅失しました。 認定証を発見したときには、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ (自署) (代理人)			

(2024.12)

受 付 印

《注意事項》

※ この届を書提出後であっても限度額認定証を発見したときには、ただちに健康保険組合へ返納してください。