

健康保険被保険者証
健康保険限度額適用認定証 滅失届
健康保険高齢受給者証等

提出日： 令和 年 月 日

記号		番号		被保険者氏名	
滅失者氏名		滅失者の 生年月日		昭和・平成・令和	年 月 日
滅失した証の種類 を☑してください	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他()				
滅失した理由					

※下記内容をご確認のうえ、署名をしてください。

上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等を発見した際は ただちに返納いたします。	令和 年 月 日
住所	
被保険者氏名	

【提出上の注意】

この届書は次の場合に提出してください。

- ①健康保険者証(限度額認定証等を含む)を滅失した場合
- ②限度額適用認定証等の有効期限が過ぎて返却する際に滅失したため返却できない場合
- ③その他返却すべき事由に該当したが滅失したため返却できない場合

受付日付