

健康保険 限度額適用認定証滅失届

滅失した証の再交付が不要な場合

係	事務長	常務理事
---	-----	------

【提出日】 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	氏名	(フリガナ)
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () () () 内線 ()
会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。				

滅失した方(被保険者記入欄)	氏名	生年月日	滅失した日
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
		年 月 日	年 月 日
認定証を滅失したときの状況 (詳細に記入してください)			

被保険者記入欄	誓約事項
	1. 滅失した限度額適用認定証により健康保険組合に損害をおよぼす場合は、私が損害賠償の責を負います。 2. 滅失した限度額適用認定証を発見したときは、すみやかに発見した限度額適用認定証を健康保険組合に返却いたします。
	九州電力健康保険組合 理事長 殿
	令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者名

【この届を提出する方】

- 有効期限の切れた認定証を滅失した方
- 有効期限はまだある認定証を滅失したが、期限内に使用予定のない方
(使用予定のある方は、「被保険者証等再交付申請書」をご提出ください)

〔備考〕

受付日付印