

健康保険 限度額適用認定証回収不能・滅失届

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□	番号 □□□□	生年月日 □昭和 □平成 □令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	フリガナ			
	住所	〒 □□□□□□□□ □□□□ □□□□ 都道 府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	— —	

対象者欄	氏名	生年月日 □昭和 □平成 □令和	限度額適用認定証 □滅失 □回収不能	返納できない理由
	備考			

事業主欄	上記の者について、限度額適用認定証が回収不能であるため届出いたします。 なお、限度額適用認定証を回収したときは、ただちに返納いたします。				年 月 日
	〒	TEL (ハイフン除く)			
	□□□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□			
	事業所所在地	事業所名称			
	事業主氏名				

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健保組合使用欄 (以下は記入しないでください)

常務理事	事務長	課長	係長	係

発行通番	
------	--

受付日付印
