

健康保険 限度額適用認定証 回収不能・減失届

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	限度額適用認定証	返納できない理由
		☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐減失 ☐回収不能	
	備考			

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