

健 保 処 理 伺 い			
常務理事	事務長	担当責任者	担 当

健康保険 限度額適用認定証 特定疾病療養受療証 高齢受給者証

滅失届

いずれかにシ印をしてください。

被保険者は太枠内をご記入ください。

被保険者	被保険者証の 記号番号	—	生年月日	昭・平 年 月 日
	氏 名	印	性 別	男 ・ 女
	住 所 電話番号	〒 電話 () —		
事業所	名 称			
	課係名	電 話		メールNO.
交付対象者 (被保険者の場 合は記入不要)	氏 名		生年月日	昭・平 年 月 日
	被保険者 との続柄		性 別	男 ・ 女
滅失した 理由・状況 等	詳細に記載してください。			
平成 年 月 日 上記のとおり滅失しましたので届け出いたします。				

健 保 使 用 欄			健保受付印
証NO.			
証回収日	年 月 日		
処理日	年 月 日		