

年 月 日

りそな健康保険組合 御中

健康保険限度額適用認定証滅失届

被 保 険 者	被保険者の 記号・番号	記号	番号	氏名		
	生年月日	年	月	日生	性別	男・女
	住所	〒 ー Tel. () - () - ()				
	事業所名 所属部署名	部・支店 Tel. () - () - ()				
適 用 対 象 者	1, 2いずれかを ○で囲んでくださ い。	1. 被保険者（本人）				
		2. 被扶養者（家族） 被扶養者の氏名、続柄を下欄に記入してください。				
限度額適用認定証を 滅失した理由 (下記※参照)		氏名	続柄			
<p>限度額認定証を滅失したのでお届けいたします。今後はかかることのないように注意し、後日発見した場合は、直ちに返納いたします。</p> <p>なお、本件に関しましては私において一切の責任を負い、貴組合に対してはいささかもご迷惑をお掛けいたしません。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名（自署）</p> <hr/>						

※ 滅失理由は下記の事項を含めて詳しく記入のこと

- ① 最終確認日（認定証を最後に確認した日）
- ② 滅失と気付いた日
- ③ その後、発見に努めた経過等

※ 引続き限度額適用認定証が必要な場合は、「限度額適用認定申請書」をご提出ください。

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担当

発行番号