

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険 限度額適用認定証 回収不能・滅失届 兼 再交付申請書

被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	被保険者の住所	電話番号
—	㊞	昭和・平成 年 月 日		
申請対象者(どちらかに○)	被扶養者の場合は、その者の氏名	申 請 事 由 (該当する箇所に○をして下さい)		
被保険者・被扶養者		滅 失 (紛失、盗難等)	・	き 損 (破損、汚損等) ・ 回 収 (返却) 不 能
被 保 険 者 記 入 欄	滅失理由(具体的に記入のこと)		返納できない理由(具体的に記入のこと)	
	事業主記入欄			
申請事由発生日	令 和 年 月 日	再交付申請の有無	再 交 付 する	・ 再 交 付 し ない

上記のとおり申請します。

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証または限度額適用認定証)が回収不能(滅失)のため届出します。

なお、被保険者証(高齢受給者証または限度額適用認定証)を回収(発見)したときは、ただちに返納します。

令 和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

㊞