

令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

武蔵野銀行健康保険組合 殿

### 健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者証記号・番号		—			
被保険者	氏名	印	事業所	名称	
	生年月日	S・H 年 月 日		所在地	
適用対象者	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	S・H・R 年 月 日	性別	男 ・ 女	
被保険者（適用対象者）の住所		〒			

上記のとおり健康保険限度額適用認定証を滅失しましたので届出します。

受付年月日