

※督促	年	月	日
※回収	年	月	日

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	担当

健康保険限度額適用認定証 滅失届

被保険者証の記号・番号		記号	番号	被保険者氏名		
被保険者の住所・電話番号		住所	〒 -			電話番号
滅失した対象者	氏名	生年月日	性別	続柄	滅失した場所・理由	
	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		
	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		
	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		
	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		

限度額適用認定証を滅失しましたが、発見した時には、直ちに返納いたします。

被保険者氏名 _____

令和 年 月 日提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印

神奈川県機器健康保険組合