

被保険者提出用

人材派遣健康保険組合 給付課 御中

健康保険限度額適用認定証等 滅失・き損 届

健 保 記 入 欄	No		確認印
	1	限度額適用認定証	
2	限度額適用・標準負担額減額認定証		

被 保 険 者 ( 本 人 ) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証	記号	番号		
	被 保 険 者 ( 本 人 )	氏名	Ⓜ		
		住所	〒 - 電話番号 ( )		
	(使用した人) 適 用 対 象 者	該 当 に ○	1	被保険者 (本人が保持しているもの)	
2			被扶養者 (家族が保持しているもの)		
(2 扶養者の場合)		該当者の氏名	生年月日	続柄	
			昭和 平成	年 月 日	
		昭和 平成	年 月 日		
		昭和 平成	年 月 日		
		昭和 平成	年 月 日		
再 交 付 に つ い て	入院の予定	ない ・ ある			
	入院(予定)年月日	平成 年 月 日 より入院(予定)			
	再交付	希望しない ・ 希望する			

- 該  
当  
に  
○
- 1 滅失のため
  - 2 き損(破損)のため ※ 認定証を一緒にご返却ください
  - 3 盗難のため

滅失・き損(破損)した、または盗難にあった年月日と場所(わかる範囲で)  
平成 年 月 日 [ 場所 ]

滅失・き損(破損)した、または盗難にあった状況(できるだけ詳細に記入してください)

健康保険限度額適用認定証等を滅失又は、き損(破損)いたしました但し今後は取扱いに十分注意します。  
(滅失した健康保険限度額適用認定証等を発見した時は、ただちに返納いたします。)

被保険者署名・捺印 Ⓜ

※ 再交付の際の有効期限は、すでに発行済みの証と同じになります。

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	上記のとおり被保険者から限度額適用認定証等の滅失・き損届出がありましたので提出いたします。 なお、今後は限度額適用認定証等を滅失またはき損(破損)することのないように十分指導いたします。		
	所在地		
	名称		
	事業主氏名	Ⓜ	
電話	- -		