

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失届

市区町村民税非課税者などの低所得者用

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者
------	-----	------	------	----	-----

健保記入欄

発行No.

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		電話番号 (日中の連絡先)	( )			
	事業所名称							
認定対象者	氏名	(フリガナ)		被保険者 との続柄				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男	・
限度額適用・標準負担額減額認定証を滅失したときの状況								

うえの届書に記載したとおり、限度額適用・標準負担額減額認定証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。

なお、限度額適用・標準負担額減額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

被保険者の住所

電話番号

氏名

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄