

健康保険

高 齢 受 給 者
限度額適用認定証滅失届

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印			雇用保険		交付簿		個人台帳		証		D C C	
			伺 令 和 年 月 日									
			常 務 理 事		事 務 長		係					
令和 × 年 × 月 × 日 提出												
被保険者等 記号・番号 (*1)		記号	1010		被保険者 氏 名		健 保 太 郎					
		番号	99999		生年月日		昭・平 ××年 × 月 × 日					
滅 失 年 月 日		令和 × 年 × 月 × 日		被保険者 住所(居所)		〒 000 - 0000 00県00市00町1-2-3						
滅失した者の 氏 名 生 年 月 日 続 柄		氏 名			生 年 月 日			続柄				
		健保 花子			昭・平・令 ××年 × 月 × 日			妻				
					昭・平・令 年 月 日							
					昭・平・令 年 月 日							
滅失の具体的理由												
令和×年×月×日に引っ越した際に、誤って破棄したものとされます。												
(滅失した時期、場所、状況などを具体的に)												
＜届出した警察名＞ 00警察署 ＜受理番号＞ 000												
☒ 滅失した証を返納すべき義務があるにもかかわらず滅失したため、返納することができません。証を発見したときは、ただちに貴組合に返納することを誓約いたします。 (確認後□にチェック)												
事 業 所 所 在 地		(事業主の証明) 未記入のまま提出してください。										
事 業 所 名 称		提出先： SATO 社会保険労務士法人										
事 業 主 氏 名		もしくは 各会社の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)										
電 話 番 号		* 健康保険組合へ提出ではありません。										
		提出先については各会社の健康保険担当部門へお問い合わせください。										

(※ 1) 被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書 (R7. 12. 1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門 (人事・総務/担当者) のいずれかでご確認ください。

※高齢受給者証・限度額認定証をなくしてしまつて返納することができない場合に提出してください。

※警察に届出して (遺失届・盗難届) 受理番号を記入してください。