

令和 年 月 日

兼松連合健康保険組合理事長 殿

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		事業所名称			
被保険者	氏名	⑩			
	生年月日	昭和・平成	年	月	日
適用対象者	氏名		被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
			性別	男女	

上記、適用対象者に発行された健康保険限度額認定証を下記の理由で滅失いたしましたので報告いたします。

紛失・滅失 の理由	
--------------	--

注意事項

1. この届けは、直接健康保険組合へ送付してください。
2. 再発行が必要な場合は、改めて「健康保険限度額適用認定申請書」を提出してください。
3. その他ご不明な点は、直接健康保険組合へお問い合わせください。