常務理事	事務長	担当者

限度額適用認定証 滅 失 届

限度額適用標準負担額減額認定証

被保険者証 記号番号	―	被保険者 氏名	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	資格喪失日 （退職日の翌日）	令和　　年　　月　　日
勤務先 （工場名）	名　称		
	所在地	〒	

	氏　　名	生　年　月　日	続　柄
対象者		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	

滅失した状況	（滅失した場所や状況をできるだけ詳しく）

上記のとおり、限度額適用(標準負担額減額)認定証を 滅失 しましたので届出します。
今後、取扱いには十分注意いたします。
なお、滅失した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　住所

氏名

健 保 受 付 印

横浜ゴム健康保険組合