

常務理事	事務長	担当者

選択肢のある項目はそれぞれ
該当するものに○を付けてください

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	1 3 * * - 1 2 3 * * *	被保険者 氏名	横 浜 健 二
生年月日	昭和 平成 5 6 年 7 月 8 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	横浜ゴム 新橋営業所 〒 1 0 5 - 0 0 * * 東京都港区新橋*丁目**番**号	
対象者	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	横 浜 康 史	昭和 平成 2 0 年 1 0 月 1 0 日 令和	長男
		昭和 平成 年 月 日 令和	
滅失した状況	(滅失した場所や状況をできるだけ詳しく) 退院後不要になったが、返却することを忘れて捨ててしまった。		
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 3 年 4 月 1 0 日 被保険者 住所 川口市下赤木4丁目3-2 氏名 横 浜 健 二			

具体的な理由を記入してください

健 保 受 付 印