

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失届

◆この届出は、被保険者または被扶養者が限度額適用認定証を滅失したため、返納できない場合に提出するものです
(限度額適用認定証を滅失した方、お1人につき1枚提出してください)

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			
氏名			電話番号 (日中の連絡先)			
			TEL ()			

滅失した認定証の対象者	療養を受けた方	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者の場合は記入の必要はありません			
滅失届提出理由	◆該当する理由を選択ください <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 誤って破棄した <input type="checkbox"/> その他 ()			

※
うえの届書に記載したとおり、健康保険
 限度額適用認定証
 限度額適用・標準負担額減額認定証
を滅失したため提出します

※
なお、当該 認定証を発見したときは、ただちに返納します

令和 年 月 日提出

被保険者氏名

◆ 滅失した認定証の再交付が必要な場合(使用予定がある方)は、この滅失届とともに限度額適用認定申請書をご提出ください

【提出先】

社内便: 世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合 限度額 係

郵送: 〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館
オリックスグループ健康保険組合 限度額 係

<健康保険組合処理欄>

受付日付印

常務理事	事務長	担当