

↓いずれかにチェック

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 100	99999	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58年 6月 1日 <input type="checkbox"/> 令和			
氏名	健保 太郎		電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (xxxx) xxxx			

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 checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60年 5月 20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	健保 花子		
滅失届提出理由	◆該当する理由を選択ください <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 誤って破棄した <input type="checkbox"/> その他 ( ) その他を選択した場合は、詳細な理由をご記入ください			

※ ↓いずれかにチェック  
 限度額適用認定証  
 限度額適用・標準負担額減額認定証

うえの届書に記載したとおり、健康保険 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 5 年 1 月 6 日提出 ←必ず、記入

被保険者氏名 健保 太郎 ←必ず、記入

◆ 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