

SAMPLE

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定証滅失届

Health Insurance of Symbol/Number		3 3 〇 ×		1 2 3 × × × ×		Birth Date			
被保険者等 記号・番号		Name of Insured Person				被保険者の 生年月日		昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	
被保険者の 氏名		〇山 〇夫				Address of Insured Person			
被保険者の 現住所		〇〇市〇〇町〇-〇-〇							
Name of applicable person		適用対象者氏名				Relationship		本人	
適用対象者氏名		〇山 〇夫				被保険者との続柄			
Business Entity		名称		野村証券株式会社		Company address		Where the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount was lost	
被保険者の勤務する (していた)事業所の		所在地		〇〇市××町〇-〇-〇					
Date on which the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount was lost		令和 〇 年 〇 月 〇 日		限度額適用認定証を 滅失した場所		自宅			
限度額適用認定証を 滅失した年月日									
限度額適用認定証を 滅失した事由(詳しく)		転居により荷物整理中に行方が分からなくなった。							

Reasons for losing the Certificate of Application of Maximum Copayment Amount(in detail)

(限度額適用認定証発見の際の返納誓約)

上記の届書に記載したとおり限度額適用認定証を滅失しましたが、この限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納致します。

Name of Insured Person Signature

被保険者氏名 〇山 〇夫