

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|------|------|------|------|-----|
| 受付年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務局長 | 業務部長 | 業務課長 | 担当者 |
| 伺年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 決裁年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 被保険者証等の返納があった時は、その年月日 | 年 月 日 | | | | | |

**被 保 険 者 証
健 康 保 険 高 齢 受 給 者 証 滅 失 届
限 度 額 適 用 認 定 証**

| | | | | | |
|-------------|----------|--|-----------|-------|--|
| 被保険者証の記号・番号 | - | | | | |
| 被保険者氏名 | ① | | 被保険者の生年月日 | 年 月 日 | |
| 被保険者の住所 | 〒 電話 () | | | | |

| 被保険者証等を滅失した者 | 被保険者証等を滅失した者の氏名 | 続柄 | 滅失した証の種類 | 被保険者証等を滅失したときの状況（詳しく） |
|--------------|-----------------|----|--------------------------------------|-----------------------|
| | | | 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 | |
| | | | 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 | |
| | | | 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 | |
| | | | 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証 3. 限度額適用認定証 | |

【被保険者証等発見の際の返納誓約】

上に記載したとおり被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等を発見したときはただちに返納いたします。

被 保 険 者 氏 名

①

| | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|
| 事 業 主 の 証 明 | 上記のとおり、健康保険被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明します。 | | | | |
| | 年 月 日 | | | | |
| | 事業所所在地 | | | | |
| | 事業所名称 | | | | |
| | 事業主氏名 | | | | |
| 電話番号 () | | | | | |

受付日付印