

健康保険限度額適用認定証
健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証
健康保険特定疾病療養受療証

減失届

被保険者(申請者)記入用

起案日 令和 年 月 日

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

ご記入は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入してください。

被保険者等記号・番号		記号			番号		
被保険者	氏 名				生年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
被保険者の勤務 している事業所	名 称						
適用対象者 (被保険者の 場合は記入 不要です。)	氏 名				生年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	性 別	男 ・ 女	被保険者との続柄				
減失した時の状 況を詳しくご記 入ください。							
うえの届書に記載したとおり、認定証・受療証を減失いたしました。今後は、充分取り扱いに注意いたします。なお、この認定証・受療証を発見したときは、直ちに返却いたします。							
令和 年 月 日 提出							
被保険者の住 所 〒							
電 話 ()							
氏 名							

※認定証・受療証を減失した為、「被保険者資格喪失届」に添付して返却することが出来ない。
※認定証更新の際に、認定証を提出または返却することが出来ない。
※被扶養者を削除する為に「被扶養者（異動）届」を提出する際、添付して返却することが出来ない。