

|       |      |     |    |     |
|-------|------|-----|----|-----|
|       | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 処理月 |
| 健保記入欄 |      |     |    |     |

### 健康保険限度額適用認定証紛失届

|                  |                            |               |              |   |    |          |  |
|------------------|----------------------------|---------------|--------------|---|----|----------|--|
| 被保険者<br>記号・番号    | 記号<br>番号                   | 事業所<br>の名称    |              |   | 所属 |          |  |
| 適用<br>対象<br>者    | 氏名                         |               | 被保険者<br>との続柄 |   |    |          |  |
|                  | 生年月日                       | 昭和<br>平成<br>〒 | 年            | 月 | 日  | 電話<br>番号 |  |
|                  | 自宅の住所                      |               |              |   |    |          |  |
| 紛<br>失<br>状<br>況 | 状 況                        |               |              |   |    |          |  |
|                  | 証を利用した医療機関の<br>所在地・名称・電話番号 |               |              |   |    |          |  |
|                  | 証を保管していた場所                 |               |              |   |    |          |  |

上記のとおりお届けいたします。

なお、万一紛失した健康保険限度額適用認定証が不正に使用されていた場合は、私が責任を負います。

令和 年 月 日

住 所  
被 保 険 者  
氏 名

島津製作所健康保険組合殿

