

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

| | | | | | | | | |
|------------|----|----|----------|------|----------|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | 記号 | 番号 | 社員・職員コード | | | | | |
| 被保険者氏名と印 | ㊟ | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者住所 | 〒 | | | 電話 | () | | | |
| 事業所名及び電話 | | | | 電話 | () | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------|---|------|------|----------------|---|---|---|--|
| 対象者（該当項目に○） | 1 | 被保険者 | | | | | | |
| | 2 | 被扶養者 | | | | | | |
| | ① | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | ② | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | ③ | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |

| | |
|-------|--|
| 届出の理由 | 滅失した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください） 日時： 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ 場所： 状況： |
| | 限度額適用認定証を滅失いたしました。発見した時はただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ㊟ |

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません

EY Japan健康保険組合

令和 年 月 日提出
受付日付印