課　長	課長補佐	処 理 者

健康保険限度額適用認定証滅失届

被保険者記号・番号	記　号	
	番　号	

被保険者氏名		限度額適用認定証 対象者氏名	
限度額適用認定証を 滅失した時の状況			

令和　　年　　月　　日　　提出

上記に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失いたしましたが、今後は取扱いに十分注意します。
なお、この限度額適用認定証を発見したときは、直ちに返却いたします。

〒

被保険者の住所

氏　　名

電話　　（　　）

受付日付印

◎この届出書に記載されている個人情報は、この届出書の処理のみに利用し、第三者には提供いたしません。

東京都食品健康保険組合