

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

健康保険 限度額適用認定証 滅失届
限度額適用・標準負担額減額認定証

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番 号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日	事業所・所属・連絡先	
	一 般				事業所	
	任意継続	9000			所 属	
	特例退職	9500		(昭・平 年 月 日生)	連絡先	()
被保険者の現住所		〒		被保険者の資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
認定証の滅失対象者は	本 人 被扶養者	被扶養者の場合その氏名	続柄	認定証滅失年月日	令 和 年 月 日	
認定証を滅失した場所・事由(詳しく)						

- (注) 1. この届書は、健康保険の限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証(以下、「認定証」という)を滅失したため、
 ①再交付を受ける場合、②「被保険者資格喪失届」、「被扶養者(異動)届」に被保険者証とともに添付して返納することができない場合、
 ③認定証の更新の際に旧証を返納することのできない場合 などに認定証の再交付を受けるため提出するものです。
 2. 滅失した認定証の種別は、標題の「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の該当するものに○をしてください。
 3. 任意継続被保険者または特例退職被保険者の方は「事業所・所属・連絡先」欄は記入不要です。

念 書
<p>上記の認定証が第三者に行使される等の事由により、貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。また、滅失した認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>今後、認定証の保管について充分注意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>農林中央金庫健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">被保険者</p>

事業所 記入欄	事業所名	担当者名	受付日

(健康保険組合使用欄)

届出の種類	喪失・再交・更新	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失
認定証の返納があったときは、その年月日		常務理事	事務長
認定証の更新不要者または被保険者(被扶養者)の資格を喪失した者であるときは、その年月日		係	係
		受付印	入力
		決裁日	