

健康保険 限度額適用認定証(紛失・滅失)届

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿

下記適用対象者に発行された認定証を下記の理由で(紛失・滅失)しましたので報告いたします。

被保険者情報	フリガナ		年齢	被保険者等記号・番号					
	氏名								
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	申請者住所	〒 ー					
	日中の連絡先	()							

報告内容	療養を受ける方の氏名		年齢		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	紛失・滅失の別	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> その他			紛失・滅失時期	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日(頃)
	紛失・滅失の理由					

注意事項	<ol style="list-style-type: none">この届は直接健康保険組合へ送付してください再発行が必要な場合は改めて「限度額適用認定申請書」を提出してください紛失・滅失の時期は気付いた日付で構いません届けた後に発見された場合は改めて健保組合までご返却くださいその他、ご不明の点は直接健康保険組合にお問合せください
------	--

受付印日付