

【提出先:申請者→会社担当部署→健保組合】

ブルデンシャル健康保険組合理事長 殿

健康保険 限度額適用認定証等 滅失届

被保険者証 記号・番号	記号	番号	届出日	年	月	日
滅失した証	※滅失した証すべてに○をご記入ください。 () 限度額適用認定証 () 健康保険特定疾病療養受領証 () 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証					
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者					
	<input type="checkbox"/> 被扶養者 (対象者が被扶養者の場合は下欄に記入又は該当に☑をしてください。)					
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R	年	月 日
滅失した時の 状況	続柄					
《誓約事項》 上記の証を滅失いたしましたので届出いたします。 また、滅失しましたこの証を発見した時には、ただちに返納いたします。 なお、滅失しましたこの証に関する一切の事故についての責任は、私が負うことを誓約いたします。						
被保険者氏名 (自署)						
被保険者性別 (☑)	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	被保険者生年月日 (年号に☑)	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H:	年	月	日
住所	(〒 -)					
	電話番号	()				

健保使用欄		常務理事	事務長	確認者	担当者
同年月日	年 月 日				
発行No.					