【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

プ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

被保険者等 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〇をご記入ください。 （　　）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	□　被保険者
	□　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		□男 □女	生年月日	□S・□H・□R 年　　月　　日	続柄	

滅失した時の状況	

《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（☑）	□男　・　□女	被保険者生年月日 （年号に☑）	□S・□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
伺年月日	年　　月　　日				
発行№					