

店名

社員番号

限度額適用認定証 滅失届

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月 日				
	健康保険組合理事長殿				
	住所 _____				
	被保険者				
	氏名 _____ 印				
	以下に記載しましたとおり、限度額適用認定証を滅失いたしました。 今後は限度額適用認定証の取り扱いに十分注意します。 また、滅失した限度額適用認定証を発見した時は、速やかに返却します。				
	限度額適用認定証の	記号		番号	
	事業所の名称	株式会社ライフコーポレーション			
	滅失者	昭・平・令 年 月 日生			
	氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
	滅失した状況を 具体的に ※必ず記入				
	備 考				