

資格確認書・高齢受給者証・特定疾病療養受療証  
限度額適用認定証（標準負担額減額認定証）

滅失届

同年月日		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者等 記号・番号	100	2000	被保険者 氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 平成	6 年 12 月 19 日
被保険者の 現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇-〇-〇							
氏 名			生年月日		続柄	証の種別 (該当するものに○を付してください)		滅失した理由 (詳しく)
滅失した 方の 対象者欄	被保険者 (本人)	(氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日		・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証 (標準負担額減額認定証)	
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	1 年 10 月 15 日	妻	・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証 (標準負担額減額認定証)	財布を落として紛失した
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証 (標準負担額減額認定証)	
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証 (標準負担額減額認定証)	
	被扶養者 (家族)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		・資格確認書 ・高齢受給者証 ・特定疾病療養受療証 ・限度額適用認定証 (標準負担額減額認定証)	

上記の者について、資格確認書等が滅失であるため届出します。なお、資格確認書等を回収したときは、ただちに返納します。

令和 年 月 日

受付日付印

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話

※この届は資格確認書等を返納できない場合に提出します。