

0 : 被 保 険 者 証
 4 : 限 度 額 適 用 ・ 標 準 負 担 額 減 額 認 定 証
 5 : 特 定 疾 病 療 養 受 療 証 滅 失 届
 6 : 限 度 額 適 用 認 定 証
 7 : 資 格 確 認 書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 この届出は資格喪失等の際に、返納すべき「被保険者証」等を滅失した場合に使用してください。

注5 「滅失届」は滅失した「被保険者証」等1枚につき1部作成してください。

注6 滅失の理由は、具体的に記入してください。

注7 滅失した被保険者証等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。

(1)被保険者等記号 (2)被保険者等番号

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	

(5)被保険者証等を滅失した方の氏名 (6) (5)に該当する方の続柄

--

--

(7)滅失事由

事由記入欄

事業主 特記事項欄	
--------------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	事業所 使用欄	箇 所 長	電 話	健 保 担 当 課
所 在 地 庁 一					
名 称					
事業主名		事業主整理番号			