

同 年 月 日	令和 年 月 日			
常務理事	事務長	次長	課(係)長	係

## 健康保険限度額適用認定証滅失届

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

被保険者証記号番号		-		
被保険者	氏 名	⑩		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所 所在地
適用対象者	氏 名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別 男 ・ 女
滅失した理由(詳しく記入してください)				
上記届書に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失しましたが、この限度額適用認定証を発見したときはただちに返納いたします。				
被保険者氏名 ⑩				

上記届出のとおり、相違ないことを証明します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	⑩

