

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定証 滅失届

健康保険被保険者証 記 号 番 号	記号	番号	被保険者氏名
被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日		適用対象者氏名
被保険者の勤務 していた事業所	名 称		
	所在地		
滅 失 場 所			
認定証を滅失した ときの状況 (具体的に記入のこと)			
最後に認定証を使用 した医療機関と時期	医療機関名		
	年 月 日	年 月 日	
<p style="text-align: center;">SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>うへの届出に記載したとおり、健康保険限度額適用認定証を滅失いたしましたので届出いたします。</p> <p>なお、この認定証を発見したときには、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			

※新たに限度額適用認定証の交付が必要な場合は、「限度額適用認定申請書」を併せてご提出ください。発効年月日は「限度額適用認定申請書」を当健康保険組合で受け付けた月の1日となります。(住民税非課税世帯の場合は別用紙での申請と添付書類が必要ですのでお問い合わせください。)

※ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

受 付 日 付 印