

健康保険 限度額適用認定証（標準負担額減額証）滅失届

健康保険 記号・番号	記号	番号	届出日	年 月 日
「限度額適用認定証」の 対象者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者			
	<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名		
「限度額適用認定証」の 滅失理由 (該当するものに☑を付けて ください)	<input type="checkbox"/> 紛失			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
<p>《誓約事項》</p> <p>「健康保険限度額適用認定証」は、滅失いたしましたので届出いたします。 また、この「健康保険限度額適用認定証」を発見した時は、ただちに返納いたします。 なお、滅失しましたこの証に関する一切の事故についての責任は、私が負うことを誓約いたします。</p>				
被保険者氏名（自署）				
(〒 -)				
住 所				
電話番号 ()				

ご参考：【健康保険法 施行規則 第103条の2（限度額適用の認定等）】

限度額適用認定証の交付を受けた被保険者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、遅滞なく、限度額適用認定証を保険者に返納しなければならない。

- 一 被保険者の資格を喪失したとき。
- 二 保険者に変更があったとき。
- 三 被扶養者がその要件を欠くに至ったとき。
- 四 第一項ただし書の規定により限度額適用認定が取り消されたとき。

健保使用欄		理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者
同年月日	年 月 日					

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

GIB・PGF：大槻事務所

CLIS・コミュニティ SKY・PGI・三栄収納サービス・PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。

