

常務理事	事務長	課長	係

資格確認書
 高齡受給者証
健康保険 限度額適用認定証 **滅失・き損届**
 限度額適用・標準負担額減額認定証
 特定疾病療養受療証

□に「レ」チェックしてください

被保険者証		記号				被保険者氏名				
		番号								
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日						
※ 該当者	被保険者 本人	被扶養者氏名			被扶養者氏名			被扶養者氏名		
		被扶養者氏名			被扶養者氏名			被扶養者氏名		
滅失又はき損 した事由 (詳しく)		(日時) 年 月 日 AM / PM 時 分頃								
									
		(場所)								
									
		(理由)								
.....										
.....										
.....										
(滅失又はき損の場合)										
始末書										
.....										
.....										
.....										
.....										
なお今後保管に付き充分注意すると共に旧証書発見の節は直ちに返納します。										
被保険者の		住所			年 月 日					
		氏名						印		

※該当者が被保険者の場合は本人に○をつけてください。
 ※該当者が扶養家族の場合には氏名をご記入ください。

2024.12.2~
 受付印