

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	99	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎		
		番 号	999				
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 例:この度は私の不注意でご迷惑をおかけし、申し訳ございませんでした。							
以後同じことがないように十分に注意し、保管いたします。							
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。							
○ 年 ○ 月 ○ 日							
被 保 険 者 の		住所	〒640-8331 和歌山市美園町5-1-1				
		氏名	健保 太郎 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