

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険限度額適用認定証滅失回収不能届

記号番号 _____

被保険者氏名 _____ 住所 _____

対象者氏名 _____

下記のとおり、限度額適用認定証（平成・令和 年 月 日交付分）を滅失しました。限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納します。

(滅失の状況)

.....

.....

.....

上記により、当事業所として限度額適用認定証を回収することができません。

今後も、本人より返納せしめるように督促し、回収した場合は直ちに返納します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 _____