

# 健康保険限度額適用認定証滅失届

提出日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号		番号		枝番	-00			
	氏名					生年月日	昭和 平成	年	月 日
	住所	〒				TEL			

対象者に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分
------------------------------------

<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	続柄
(氏名)	
(氏名)	
(氏名)	

詳細な届出の事由(必ずご記入ください)

いずれかに☑してください。

- 滅失(再交付希望) → 改めて「健康保険限度額適用認定申請書」を提出
- 毀損 → 毀損した限度額適用認定証を添付
- 再交付不要 → 添付書類不要

今後は紛失されないよう、取り扱いに十分ご注意ください。  
また紛失した限度額適用認定証を発見したときは当健保までただちに返納ください。

**提出先** 日本アイ・ビー・エム健康保険組合  
〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2  
Daiwaリバーゲート南ウイング10階

常務理事	事務長	GL	担当者

決裁日付 受付日付