

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 限度額適用認定証返却不能届

被保険者情報	記号	番号	被保険者の氏名	生年月日
				昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒 - (フリガナ) 都道府県		

返却不能対象者	氏名	続柄	生年月日	返却不能の理由
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他( )
			昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他( )
備考				

上記のとおり健康保険限度額適用認定証返却不能のため申請します。

令和 年 月 日 提出

受付印