

処理年月日	年 月 日	
常務理事	事務局長	担 当

限度額適用認定証滅失届

記 号 番 号	—		
被 保 険 者 名			
事 業 所 名			
届 出 対 象 者 名		続柄	
事 由 発 生 年 月 日	年 月 日		
届 出 事 由 (最後に使用した日等、紛失した状況を詳細に記入して下さい)			

先にご交付いただきました限度額適用認定証を、上記のとおり滅失いたしましたのでお届けいたします。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

東北しんきん健康保険組合 理事長 殿

※滅失した限度額適用認定証を発見した時はその旨届出の上、直ちに返納して下さい。