健保記入欄	常務理事	事務長	担当	処理月

健康保険限度額適用認定証紛失届

被保険者の記号・番号 個人番号(マイナンバー)	記号				番号								記号・番号または個人番号のいずれかを記載ください。

被保険者 氏名					
事業所 の名称				所属	
適用対象者	氏名			被保険者 との続柄	
	生年月日	昭和 平成	年　月　日	電話 番号	
	自宅の住所	〒			
紛失状況	日時 場所 状況				
	最後に受診した医療機関名 受診日				

上記のとおりお届けいたします。

なお、後日滅失した認定証を発見したときはただちに返納し、不正に使用されることのないように注意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

被 保 険 者

氏　名

島津製作所健康保険組合殿

付　年　月

受　　日