

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

年 月 日

被保険者 氏名

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	所属事業所	
	適用対象者	(氏名)	有効期限	年 月 日
		(続柄)		
	限度額適用認定証を 滅失した年月日	年 月 日	限度額適用認定証 を滅失した場所	
	限度額適用認定証を 滅失した理由 (詳しく記入のこと)			
	限度額適用認定証 発見の際の返納誓約	上記に記載したとおり限度額適用認定証を滅失しましたが、この限度額適用認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。 被保険者氏名		
事業主の証明	上記の事項について相違ないことを証明します。 事業主住所 氏名			

〔提出上の注意〕

1. 限度額適用認定証の有効期限が過ぎたため返却する際に滅失したため返却できない場合。
2. その他返却すべき事由に該当したが滅失したため返却できない場合。

健 保 使 用 欄	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日
	発効年月日	年 月 日	管理通番	

東京瓦斯健康保険組合				
常務理事		事務長		担当者

				扱 者
--	--	--	--	--------