

常務理事	検印	担当
------	----	----

G

決定年月日

健康保険 限度額適用認定証 特定疾病療養受療証 返却不能届

1

記入日 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(フリガナ)														
	住所	(〒 -)														
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()														

申請内容	紛失した方	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）	被保険者と家族の方が紛失した場合は、それぞれ返却不能届が必要です。												
	家族が紛失した場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成					<input type="checkbox"/> 令和			
	紛失した受療証の種類	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証（標準負担減額認定証） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証														
	返却不能の理由	<input type="checkbox"/> 紛失した <input type="checkbox"/> 破棄した <input type="checkbox"/> その他（ ）														
＜認定証の再発行には「限度額適用認定証」申請用紙と「返却不能届」が必要です＞																

健保受付印
