

常務理事	検 印	担 当	G	記入例	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

記入日 令和 3 年 5 月 1 日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 8 年 0 4 月 0 1 日
	氏名	(フリガナ)	ケンボウ タロウ	健保 太郎		
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○ )	大阪	都道 府県	守口市○○町○○丁目-○○-○○	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○ ( ○○○ ) ○○○○				

申請内容	紛失した方	<input checked="" 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	年 月 日
	紛失した受療証の種類	<input checked="" 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 checked="" 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
-------