

京都府農協健康保険組合 御中

常務理事	事務長	課長		担当者

## 健康保険 限度額適用認定証 滅失届

被保険者等 記号・番号		被保険者氏名	
事業所名称		適用対象者	(続柄: )
紛失理由(詳細に記入してください。)			
紛失した日	令和	年	月 日
紛失した状況			

上記のとおり、健康保険限度額適用認定証を紛失いたしました。

失った限度額認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者

住 所

---

氏 名

---