

健康保険 限度額適用認定証 滅失届

K12-2

被 保 険 者 情 報	記号		氏 名		生 年 月 日			
	番号			昭和 ・ 平成	年	月	日	
滅 失 対 象 者	本 人	◎被保険者分を滅失したときは、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。				返 納 で き な い 理 由	◎該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	
		<input type="checkbox"/> 被保険者分を届け出る					<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準 負担額減額認定証	
	家 族	◎下記に滅失した被扶養者について記入してください。					◎滅失（盗難・焼失・紛失等）に至る経緯を説明してください。	
		被 扶 養 者 氏 名		生 年 月 日				
			昭和 平成 令和	年	月	日		
備 考								

【限度額適用認定証の再交付を希望する方へ】
この滅失届（K12-2）ではなく、限度額適用認定申請書（K12-1）をご提出ください。
なお、申請の際は当該申請書の備考欄に認定証の滅失に至る経緯の記入が必要です。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

届 出 代 行 者	被保険者以外の方が届け出る場合にご記入ください。	
	氏 名 被保険者との 関係(続柄等) 電話番号	

当健保組合宛てに郵送又はメールでご提出ください。	
郵 送： 〒108-0023 東京都港区芝浦2-14-4 メール： gendogaku@tsuken. or. jp (直接入力用のExcelファイルのみ受付しています。)	