

健康保險 限度額適用認定証 滅失届

K12-2

被 保 險 者 情 報	記号		氏 名			生 年 月 日			常務理事	事務局長	課 長	担当者	
	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、☑を入れてください。						◎該当するものに☑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（盜難・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		滅失した認定証を発見したときは、ただちに返納します。											
※記入欄は複数枚あります。複数枚ある場合は、該当する箇所に☑を入れてください。													

【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	