令和　　　年　　　月　　　日

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 | 限度額適用認定証 | 滅失届 |
| 限度額適用・標準負担額減額認定証 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 | 区 分 | | 記 号 | | 番号(右詰め) | | | | | | | 被保険者氏名・生年月日 | | | | 事業所・所属・連絡先 | | |
| 一 般 | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | |  | 事業所 | |  |
| 任意継続 | | 9000 | | 所 属 | |  |
| 特例退職 | | 9500 | | (昭・平　　年　　月　　日生) | | | | 連絡先 | | (　　　) |
| 被保険者の現住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | 被保険者の資格取得日 | | | 昭・平・令　　年　　月　　日 | |
| 認定証の  滅失対象者は | | | | 本 人  被扶養者 | | | 被扶養者の場合その氏名 | | | | | | 続柄 | 認定証  滅失年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | |
|  | | | | | |  |
| 認定証を滅失した場所･事由(詳しく) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

(注) １．この届書は、健康保険の限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証（以下、「認定証」という）を滅失したため①再交付を受ける場合、②「被保険者資格喪失届」、「被扶養者（異動）届」に添付して返納することができない場合、③認定証の更新の際に旧証を返納することのできない場合 などに提出するものです。

２．滅失した認定証の種別は、標題の「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の該当するものに○をしてください。

３．任意継続被保険者または特例退職被保険者の方は「事業所・所属・連絡先」欄は記入不要です。

|  |
| --- |
| 念 書 |
| 上記の認定証が第三者に行使される等の事由により、貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。また、滅失した認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。  今後、認定証の保管について充分注意いたします。  　年　　月　　日  農林中央金庫健康保険組合理事長 殿  被保険者 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所記入欄 | 事業所名 | 担当者名 | 受付日 |
|  |  |  |

(健康保険組合使用欄)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出の種類 | 喪 失・再 交・更 新 |  | 滅失事由の種類 | 盗 難 ・ 遺 失 ・ 焼 失 ・ 紛 失 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定証の返納があったときは、その年月日 |  | 常務理事 | 事務長 | 係 | 受付印 |  | 入力 |
|  |  |  |  |
| 認定証の更新不要者または被保険者（被扶養者）の資格を喪失した者であるときは、その年月日 |  | 決裁日 |  |

（第二種 Ｈ10）2025.06