

常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者

健康保険限度額適用認定証

健康保険高齢受給者証

滅失届・ き損届

健康保険特定疾病療養受領証

※該当する口に✓を入れてください。また、該当項目には記入や○をつけてください。

被保険者証の記号・番号		記号		番号		課長	
被保険者の氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
対象者氏名		続柄	/				係長
							係員
証を滅失したときの状況	滅失・き損した年月日、場所、その状況について（わかる範囲で記入してください）						
	日時：平成 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ						
場所：							
状況：							
<p>限度額適用認定証・高齢者受給者証・特定疾病療養受領証を滅失またはき損いたしました。今後十分注意いたします。なお、滅失をした証を発見した時は、ただちに返納いたします。</p> <p>平成 年 月 日 被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>小田急グループ健康保険組合理事長殿</p>							

平成 年 月 日 提出

再交付を希望する

上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出いたします。	
なお、今後は滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。	
平成 年 月 日	
事業所 所在地	
事業所 名称	
事業主 氏名	印

受付日付印

き損となった「高齢者受給者証・特定疾病療養受領証・限度額適用認定証」は、この申請書に添付してください。