常務理事	事務長	担当者

□健康保険　限度額適用認定証　紛失届
□健康保険　限度額適用・標準負担額減額認定証　紛失届

生長会健康保険組合

被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
対象者の氏名	※ 被保険者と同じ場合は「同上」とご記入ください。		対象者の 生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
対象者の性別	男　・　女		被保険者 との続柄	
被保険者の勤務する（していた）施設名				
認定証を紛失したときの状況				

令和　　年　　月　　日　提出

※該当する証書を〇で囲んでください。

上記に記載したとおり、健康保険 限度額適用認定証 / 限度額適用・標準負担額減額認定証 を紛失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意します。
　なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返却いたします。

被保険者（申請者）の住所

氏名

備考欄	

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）
□　申請者本人（被保険者）が作成したものである。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印