送付先：PFE. KenpoJP@pfizer.com

申請年月日 ： 和暦　　年　　月　　日

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定証　滅失届

被保険者等 記号-番号	―	被保険者の 氏名	
被保険者の 現住所	〒　　―	生年 月日	和暦　　年　　月　　日
滅失した限度額適用認定証の対象者	□被保険者　□被扶養者	被扶養者の場合 対象者氏名	
対象者の生年月日	和暦　　年　　月　　日	続柄	
限度額適用認定証 を 滅失した状況			

誓約事項

上記のとおり限度額適用認定証を滅失したことに相違ありません。今後は、保管および取り扱いについては、十分注意いたします。
なお滅失した限度額適用認定証を発見したときは直ちに返納いたします。

和暦　　年　　月　　日　　被保険者氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※限度額適用認定証の再発行には、限度額適用認定申請書が必要です。

受付日付印