

常務理事	事務長	担当	担当	受付者

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
高齢受給者証
特定疾病療養受療証

減失届

被保険者等	記号	番号	※上記該当「証」に○印を記入願います。 ※記載箇所は、全て自筆で記入願います。			
フリガナ 氏名			被保険者 電話番号	— —		
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	被保険者 の現住所	〒 — 都・道 府・県		
減失者名記入欄(本人・家族とも、返却不可能な方全員を記入)						
フリガナ 氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	減失理由
		大・昭 平・令 年 月 日		男・女		
		大・昭 平・令 年 月 日		男・女		

SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

証発見の際の返納誓約

うえの届出に記載したとおり証を減失しましたが、この証を発見した時は、ただちに返納します。

資格喪失後、証を使用した際の返納誓約

万が一、資格喪失後の受診で貴健康保険組合に受診期間より請求があった場合は、その請求額を全額返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名: (印)