

(秘密)

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

健康保険 限度額適用認定証 紛失届

オムロン健康保険組合理事長 様

下記対象者の証を返納することができませんのでお届けします。
後日発見した場合には、直ちに返納いたしますのでご了承ください。
紛失した証が万一不正に使用された場合は一切の責任を負います。

対象者	カナ		性別	生年月日	続柄 (例:長男)
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
対象者	カナ		性別	生年月日	続柄
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	

令和 年 月 日

被保険者	証記号	証番号			
	事業所(会社)名称	ロケ(略号)	トール or 外線		
	住所(〒)				
	カナ氏名 氏名				

* 自署の場合は押印不要

印