

(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。
紛失した証が万が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				

印