（秘密）

常務理事	事　務　長	担　　当

健康保険 被保険者証・資格確認書 紛失届

オムロン健康保険組合理事長 様

下記対象者の証等を返納することができませんので届出いたします。
後日発見した場合には、直ちに返納しますのでご了承ください。
紛失した証等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：本人）
	（姓）	（名）	□ 男 □ 女	□昭 □平　年　月　日	
対象者	カナ		性別	生年月日	続柄
	（姓）	（名）	□ 男 □ 女	□昭 □平　年　月　日	
対象者	カナ		性別	生年月日	続柄
	（姓）	（名）	□ 男 □ 女	□昭 □平　年　月　日	
対象者	カナ		性別	生年月日	続柄
	（姓）	（名）	□ 男 □ 女	□昭 □平　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
			＊自署の場合は押印不要	