

(秘密)

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|------|-----|----|

健康保険 被保険者証 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) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 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 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 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 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