

決 議			

健康保険限度額適用認定証 滅失届

年 月 日提出

日油健康保険組合理事長 殿

下記のとおり健康保険限度額適用認定証を滅失しましたが、この健康保険限度額適用認定証を発見したときは、直ちに返納致します。

被保険者証の 記号と番号		記号 番号 -			
被保険者	氏 名		印	事業所名称	
	生年月日	昭 平・令	年 月 日		
適用対象者	氏 名		続柄	性別	男・女
	生年月日	昭 平・令	年 月 日		
被保険者(適用対象者)の住所		〒 -			
限度額適用認定証を 滅失した年月日		年 月 日		滅失した 理由	

