

決 裁				
常務理事	事務長	課長		担当者

## 健康保険限度額適用認定証（紛失・滅失）届

被保険者証 記号番号	—		事業所 (会社)名	
被保険者 氏 名			生年月日	S・H・R 年 月 日生
認定 対象 者	氏 名			被保険者との続柄
	生年月日	S・H・R 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
	住所	〒		
	有効期限	H・R 年 月 日	適用区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ

紛失・滅失理由	(詳しく記入してください)
---------	---------------

大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿

上記の届出に記載したとおり、限度額適用認定証を紛失(滅失)いたしました。

今後は取扱に十分注意し、この限度額適用認定証を発見したときは、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

被保険者氏名(自署)



所属事業所 確認印		