常務理事	事務長	担当者

「健康保険限度額適用認定証」滅失届

健康保険証の記号番号等	(記号)　　(番号) (社員番号)					
被保険者名		性別	男・女	生年月日	年　月　日	
現住所						
勤務している会社名	名称	(店名:　　店)				
	所在地					
	資格取得日	年　月　日				
返納対象者	対象者に○印を記入ください	被保険者　・　被扶養者　(氏名　　)				
被保険者コメント及び署名捺印	この度、私(被扶養者)は、「健康保険限度額認定証」を紛失いたしました。 万一、後日発見した場合は直ちに、貴組合へ返却いたします。 年　月　日 届出者　署名　　(自署)					

平和堂健康保険組合理事長　殿

R3.6