

常務理事	事務長	担当

健康保険 限度額適用認定証 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お届けします。
後日発見した場合には、直ちに返納いた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:長男)
	(姓)	(名)	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	
対象者	カナ		性別	生年月日	続柄
	(姓)	(名)	☐ 男 ☐ 女	☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日	

令和 年 月 日

被保険者	記号	番号			
	事業所(会社)名称		ロケ(略号)	連絡のとれる連絡先(電話番号等)	
	住所(〒)				
	カナ氏名				
	氏名		* 自署の場合は押印不要		
			印		