

常務理事	事務長	課長	係長	係員

## 健康保険限度額適用認定証紛失届

健康保険 被保険者証 の記号番号	記号		番号		フリガナ 被保険者 の氏名	(氏)	(名)
				生年月日	昭和・平成 年 月 日		
被保険者住所							
事業所名							
紛失した 状況を記入							
認定対象者の氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日		
<p>誓約書</p> <p><input type="checkbox"/> 私が善管注意義務を果たさずに「健康保険限度額適用認定証」を紛失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。また、紛失した「健康保険限度額適用認定証」が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴組合が被った場合には、私が生かす一切の責任を負うことを誓約します。</p> <p>なお、当該「健康保険限度額適用認定証」を発見した場合には直ちに返却いたします。</p> <p>※必ず<input type="checkbox"/>に被保険者本人が<input checked="" type="checkbox"/>を付してください。</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>							

令和 年 月 日提出