

常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長

健康保険限度額適用認定書

紛失届

川口工業健康保険組合 理事長 殿

被保険者証記号番号		_____		
被保険者	氏名			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	事業所 名称 所在地
適用対象者	氏名			被保険者との続柄
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男 ・ 女
被保険者(適用対象者)の住所・電話番号		〒 _____		Tel _____
申請の事由 とその状況 (詳しく)	○印 滅失 き損	※き損の場合は認定証を必ず添付すること。		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

今般、上記の理由により健康保険限度額適用認定証を返納することができません。今後は、取扱に十分注意することを誓い、紛失届を申請いたします。尚、発見した時は直ちに返納いたします。

受付印

※健康保険組合使用欄

発効年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日