

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険限度額適用認定証 紛失・毀損届

被保険者証記号 ・ 番号 —

紛失した健康保険限度額適用認定証	
<input type="checkbox"/>	被保険者（本人）分
<input type="checkbox"/>	被扶養者（家族）分 ※該当者名を下記に記入下さい
氏 名	続 柄

椿本チェーン健康保険組合 殿  
上記、被保険者証を紛失・毀損しました。  
よって、返却ができないことを届けます。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受付日付印