

常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定証滅失届

				発行番号	
被保険者の記号番号	(記号) 70	(番号)	被保険者氏名		
適用対象者氏名			続柄	生年月日	S H R 年 月 日

私は、上記「健康保険限度額適用認定証」の交付を受けておりましたが、このたび不注意により上記限度額認定証を滅失いたしました。
万一滅失した限度額認定証を第三者が使用し貴組合に損害を与えた場合、その損害額は全額私が負担致します。
以上後日の証として一札提出いたします。

令和 年 月 日

所 属 鹿児島銀行 室・部・課・店

住 所 〒

氏 名