

常務理事	事務長		担当

健康保険限度額適用認定証滅失届

令和 年 月 日 提出

健康保険の 記号・番号	記号		被保険者氏名			
	番号					
滅失した 限度額適用認定証 の対象者	対象者氏名				続柄	
	生年月日	昭 平 令 年 月 日	性別	男 ・ 女		
限度額適用認定 証紛失時の状況	(できるだけ具体的に記入してください)					
誓約事項 上記に記載したとおり、限度額適用認定証を滅失したのでお届けします。 滅失した限度額適用認定証を発見したときは、すみやかに返却いたします。 なお、この限度額適用認定証によって保険給付等に事故が発生したときには一切の責任を負います。 この届出については申請者本人(被保険者)が作成し、誤りがないか確認したものです。 令和 年 月 日 住所 被保険者氏名 (自筆) マイクロソフト健康保険組合 殿						

受付日付印

【送付先】※社内便は黄色のInter Office Mail、社外は書留郵便もしくはレターパックをご利用ください。
社内便の場合:SGT/CC不要/マイクロソフト健康保険組合
社外の場合:〒108-0075
東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー
マイクロソフト健康保険組合