

限度額適用認定証 紛失届

被保険者証 記号・番号	—	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 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 平 令 年 月 日	性別	男・女
限度額適用認定証を紛失したときの状況 (理由)				
年 月 日 提出				
<p>上に記載したとおり、今般紛失した限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p>				
<p>被保険者の住所 氏名 ①</p>				
備 考			<div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">受付日付印</p>	
群馬県自動車販売健康保険組合				