

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

任継 健康保険限度額適用認定証 滅失届

下記のとおり、届出いたします。

被保険者の住所
氏 名

(届出年月日)令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	20ー	被 保 険 者 氏 名	
	資 格 取 得 年 月 日	平成・令和 年 月 日	滅失した年月日	令和 年 月 日
	回収不能対象者氏名	続柄 ()		
	滅 失 し た 理 由 (詳しく記入してください)			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、
記入者の氏名（サイン）をご記入ください（押印可）

常 務 理 事				
------------------	--	--	--	--

決済印

受付印

発行通番: