## セキスイ健康保険組合 御中

## 健康保険減失届(任継・特退)

下記のとおり紛失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。なお後日発見したときはただちに返納いたします。

<u> </u>	記号•番号	が不明の	際は	は空欄の	ままで結構で	です。			記 入 日				4	令和	年	月	E	1	
被	保険		者	記号		番号				被保険者氏名									
被	保 険	者住	所	₹	_				•				-		電話番号				
被	皮保険者生年月日		日	昭 和平 成	年	月		日		失した証書		道	資格確	認書	• 高齢受	<b>&amp;給者証</b>	限度額適用認定証		
	滅失した認	後当者の氏名 (続柄)	7							(	)							(	)
該当者の生年月日			昭和成分和	Ē	F	月	日				昭和成和			年	月	日			
	滅失した該	亥当者の氏名 (続柄)	7							(	)							(	)
該当者の生年月日			昭和成和	Ē	F	月	日				昭 和 成 令 和			年	月	日			
滅失したときの状況口																			