常務理事	事務長	係

健康保険限度額適用認定証滅失届

野村證券健康保険組合理事長殿

被保険者等記号・番号	3	3	○	×			
	1	2	3	×	×	×	×

被保険者の氏名	○山　○夫	被保険者の生年月日	昭和・平成　○　年　○　月　○　日
被保険者の現住所	○○市○○町○－○－○		
適用対象者氏名	○山　○夫	被保険者との続柄	本人
被保険者の勤務する（していた）事業所の	名称：野村證券株式会社		
	所在地：○○市××町○－○－○		
限度額適用認定証を滅失した年月日	令和　○　年　○　月　○　日	限度額適用認定証を滅失した場所	自宅
限度額適用認定証を滅失した事由（詳しく）	転居により荷物整理中に行方が分からなくなった。		

（限度額適用認定証発見の際の返納誓約）

上記の届書に記載したとおり限度額適用認定証を滅失しましたが、この限度額適用認定証を発見したときは、ただちに返納致します。

被保険者氏名　○山　○夫