

常 務	事務長		係



限度額認定証返還不能届

記号－番号	—		
被保険者名			
被保険者住所	〒 — TEL ()		
有効年月日	令和 年 月 日		
該当者名	・被保険者分		
	・被扶養者分 (氏名)		
返還できない理由			
<p>大阪工作機械健康保険組合理事長様</p> <p>上記のとおり限度額認定証を返還することができませんので ご報告いたします。なお、今後限度額認定証を発見した場合には、ただちに返還いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>被保険者 氏 名 _____</p>		<p>受 付 印</p>	