

始 末 書

日本トランスシティ健康保険組合理事長 殿

今般、私の不注意により ( )健康保険被保険者証 ( )限度額適用認定証 を滅失・毀損いたしました。

ここに深くお詫び申し上げます。

つきましては、滅失・毀損した証により損害が生じた場合は、私が全責任を負うことを誓約いたします。

なお、証がでてきた場合は速やかに返却いたします。

年 月 日

被保険者記号—番号 \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

被保険者 \_\_\_\_\_

被扶養者 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_

※該当する種別（被保険者・被扶養者）に○を付し、被扶養者の場合は氏名を記入してください。

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者 \_\_\_\_\_ (印)