

--	--	--	--

健康保険被保険者証 滅失届

被保険者証の	記 号				番 号 (右づめ)				生 年 月 日				
					—					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
被保険者の氏名	(フリガナ)												
被保険者の住所	(〒 —)												
	都・道・府・県												
滅失した年月日	令和 年 月 日												
滅失した場所													
滅失した理由、状況等	※できるだけ詳しく記入すること												
警察へ届出をした場合はその年月日	令和 年 月 日												
誓 約 書													
上の届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は取扱いに十分注意いたします。また、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。													
										令和	年	月	日
										被保険者氏名 ㊟			

上記のとおり被保険者が健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明いたします。 なお、今後は滅失することのないよう十分指導いたします。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話 ()
㊟

受付日付印

【健康保険組合処理欄】			
添付届書	<input type="checkbox"/> 再交付申請書	被保険者証の返納日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 被保険者資格喪失届	資格喪失年月日	令和 年 月 日