

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証 滅失届

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号		生年月日	昭和		年		月		日	資格取得年月日	平成・令和		年		月		日
		番号																	
	被保険者氏名	フリガナ			被保険者住所		〒 _____												
	部署名						携帯電話 _____												
	該当者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分																	
	該当者が被扶養者の場合記入	①	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和			年		月		日				
	②	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和			年		月		日					
	③	フリガナ		続柄		生年月日	昭和 平成 令和			年		月		日					
滅失したときの状況	※できるだけ具体的にご記入ください																		
警察への届出状況	有・無	届出先		警察署	受付番号		届出日	令和		年		月		日					

うえ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。なお、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。

※この届出は私が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名 _____

事 業 所 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	事業所所在地 _____
	事業所名称 _____
	事業主氏名 _____
電話 _____	

受付日付印