

常務理事	事務長	責任者	担当

健康保険 被保険者証滅失届

被保険者の氏名				被保険者の生年月日	西暦 年 月 日		
被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者の所属部署	TEL			
被保険者の住所	〒 TEL ()						
滅失した被保険者証の氏名	[]	被保険者本人 ※ 同上					
	[]	被扶養者 ※ 下記に記入					
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	備考		
			西暦 年 月 日				
			西暦 年 月 日				
			西暦 年 月 日				
被保険者証を滅失した状況等 (詳しく記入)	滅失日						
	滅失した場所						
	滅失の状況						
	自宅外での滅失の場合は最寄りの警察署・交番へ届出してください →		交番警察署	受理番号			
<p>[被保険者証発見の際の返納誓約]</p> <p>うへの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、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。</p> <p style="text-align: center;">被保険者署名 _____</p>							

[202105]

備	
考	

受 付 印