

# 健康保険 被保険者証等滅失届

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等の氏名	<input type="checkbox"/>	被保険者本人			滅失した証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書		
	<input type="checkbox"/>	被扶養者 ※該当者の氏名等を下記に記入						
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		続柄	滅失した証		
			西暦			<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書		
			西暦			<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書		
被保険者証等を滅失した状況 (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		
<b>[被保険者証等発見の際の返納誓約]</b> うえの届書に記載したとおり、被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等を発見したときは、ただちに健康保険組合に返納いたします。 <div style="text-align: center;">           被保険者署名            _____         </div>								

[202412]

備	
考	

受 付 印