

健康保険 被保険者証滅失届

被保険者の氏名	丸井 太郎			被保険者の生年月日	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
被保険者証の記号・番号	記号 〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	被保険者の所属部署	〇〇部〇〇課 Tel 8-〇〇-〇〇〇〇			
被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇			Tel 000 (0000) 0000			
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	〇〇〇〇年 〇月 〇日 〇時頃					
	滅失した場所	〇〇〇〇					
	滅失の状況	※詳しく記入してください					
		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 →	〇〇〇〇	交番 警察署	受理 番号	〇〇〇〇	
<p>[被保険者証発見の際の返納誓約]</p> <p>うえ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: right;">被保険者署名 <u>丸井 太郎</u></p>							

[202105]

備考	
----	--

受付印