健康保険　被保険者証等滅失届

被保険者の氏名	丸井　太郎			被保険者の生年月日	西暦 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
被保険者記号・番号	記号 1	番号 1234567	被保険者の所属部署	○○部○○課 TEL 8-○○-○○○○	
被保険者の住所	〒 ○○○－○○○○ 東京都中野区中野○-○-○　TEL 090（1234）5678				
滅失した被保険者証等の氏名	☑	被保険者本人		滅失した証	☐ 健康保険証 ☑ 資格確認書
	☐	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 年 月 日		☐ 健康保険証 ☐ 資格確認書
			西暦 年 月 日		☐ 健康保険証 ☐ 資格確認書
			西暦 年 月 日		☐ 健康保険証 ☐ 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	○○○○年 ○月 ○日 ○時頃			
	滅失した場所	○○○○			
	滅失の状況	帰宅途中に財布ごと紛失。心当たりを探すもが見つからず、交番に届出済み			
	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	○○○○

［被保険者証等発見の際の返納誓約］

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。

被保険者署名　丸井　太郎

［202412］

備考	

受付印