

決裁日付印

常務理事	事務長	事務課(係)長	係

健康保険 被保険者証・高齢受給者証 滅失届

※太線内、丁寧に記入ください。

令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号と番号	記号		番号		※届書の種類	喪失・再交付・更新・検認
被保険者名				性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務する(していた)事業所	名称					
	所在地					
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
証を滅失したときの状況						
滅失した証の種類 (いずれかに☑して下さい)	<input type="checkbox"/> 被保険者証(被保険者本人)					
	<input type="checkbox"/> 被保険者証(被扶養者家族) <small>対象となる被扶養者(家族)の氏名を記入してください。→</small>					
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(被保険者本人)					
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(被扶養者家族) <small>対象となる被扶養者(家族)の氏名を記入してください。→</small>					
紛失届(警察)の状況	届出先				届出日	令和 年 月 日
<p>上の届出に記載した通り、被保険者証・高齢受給者証を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。          なお、この被保険者証・高齢受給者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p>						
被保険者の住所						
氏名				<input type="text"/>		
						必ず押印のこと
備考						

受付日付印