

決裁日付印

常務理事	事務長	事務課(係)長	係

健康保険 被保険者証等 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・その他
被 保 険 者 氏 名				性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
勤 務 す る (し て い た) 事 業 所	名 称					
	所 在 地					
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) ※有効期限が切れた資格確認書の届は不要	<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"/>	資格確認書(被保険者本人)				
	<input type="checkbox"/>	資格確認書(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>				
この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。						
被保険者の住所						
氏名						

受付日付印

備
考