

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証滅失届

被保険者証の記号と番号		事業所の名称	
記	番	所 属	部・支店・工場 課
被保険者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者証の資格取得年月日		平成・令和 年 月 日	
被保険者証を滅失したときの状況			
<p>上記に記載したとおり、被保険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。</p> <p>なお、この被保険者証を発見したときには、直ちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日提出</p> <p>被保険者の住所 〒 ー</p> <p>氏名 印</p>			
備考欄			

この届出書は、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、又は被保険者証の更新の際に被保険者証を返納することができない場合に提出するものです。

【 受付印 】