

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

被 保 険 者 証 滅 失 届

被 保 険 者 証	記号		番 号		滅失した証の種類 (該当の証に○を付けてください)	健康保険証 ・ 限度額認定証 ・ 高齢受給者証
被 保 険 者 氏 名					生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成
被 保 険 者 の 勤 務 する (して いた) 事 業 所	名 称			所 在 地		
滅失した該当者氏名(続柄)				()	()	
				()	()	
				()	()	
被 保 険 者 証 を 滅 失 した ときの状況						
<p>上記のとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は取扱いに充分注意いたします。 なお、届け出た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;">被保険者住所 〒 -</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p>						

記入例を参照し、必要事項に記入のうえ提出願います。

※再交付を希望される場合は「被保険者証再交付申請書」を提出してください。