

常務理事	事務長	グループ長	係

セキスイ健康保険組合 御中

健康保険被保険者証等滅失届（任継・特退）

下記のとおり届けます。なお滅失した証を発見したときは貴組合に返却します。

※記号・番号が不明の際は空欄のままで結構です。

				記入日	令和 年 月 日		
被保険者証	記号		番号	被保険者氏名			
被保険者住所 (住所)	〒 -					(電話番号)	
被保険者生年月日	昭和 平成	年	月	日	滅失した証書 (該当するものに○)	健康保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証	
滅失した該当者の氏名 (続柄)	()				()		
該当者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	昭和 平成	年	月 日
滅失した該当者の氏名 (続柄)	()				()		
該当者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月 日
滅失したときの状況							