

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

### 健康保険減失届 (任継・特退)

下記のとおり紛失いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。  
 なお後日発見したときはただちに返納いたします。

※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	記号		番号	被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 住 所	〒 ー				電話番号		
被 保 険 者 生 年 月 日	昭 和 年 月 日	平 成		滅失した証書 (該当するものに○)	健康保険証・資格確認書・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 年 月 日	平 成		昭 和 年 月 日	平 成		
滅失した該当者の氏名 (続柄)				( )	( )		
該当者の生年月日	昭 和 年 月 日	平 成		昭 和 年 月 日	平 成		
滅 失 した 時 の 状 況							