

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

## 健 康 保 険 滅 失 届

被 保 険 者	記号		番 号		滅失した種類 <small>(該当するものに○を付けてください)</small>	健康保険証 ・ 資格確認書 限度額認定証 ・ 高齢受給者証
被 保 険 者 氏 名					生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日
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)				( )	( )	
				( )	( )	
				( )	( )	
滅失したときの状況						
<p>上記のとおり、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、届け出た該当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: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者住所 〒 -</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p>						

記入例を参照し、必要事項を記入のうえ提出願います。