

※ 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 (該当するものに○を付けてください)	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 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)	()				()	
	()				()	
	()				()	
滅失したときの状況						
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。 令和 年 月 日 被保険者住所 〒 - 被保険者氏名						

記入例を参照し、必要事項を記入のうえ提出願います。