

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

健康保険被保険者証 滅失届

被保険者の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成 年 月 日		〒	
資格取得年月日		資格喪失年月日	
令和 年 月 日		令和 年 月 日	

被保険者証を滅失した者 ※□にチェックをしてください	☐ 被保険者			
	☐ 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
		昭 平 令 年 月 日	男・女	
被保険者証 滅失の事由(詳細)				
被保険者の誓約		上記の通り被保険者証を滅失したことに相違ありません。この被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。なお、万一これにより事件・事故が発生した場合には、すべて自己責任として解決いたします。 令和 年 月 日 氏 名		

被保険者より上記事由に基づき滅失届の提出があったので、調査の結果、事実と相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日	
〒	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号 ()	

受付年月日