

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

## 健康保険 被保険者証（カード）滅失届

|   |               |            |       |
|---|---------------|------------|-------|
| 被保険者証の<br>記号・番号   |               |            |       |
| 被保険者氏名  | 被保険者の<br>生年月日 | MT<br>SH   | 年 月 日 |
| 被保険者の住所   |               |            |       |
| 被保険者の勤務<br>する（していた）<br>事業所の   | 名 称           |            |       |
|   | 所在地           |            |       |
| 被保険者証を滅<br>失した者の氏名  |               | 続 柄        |       |
| 被保険者証を<br>滅失した日   | 平成 年 月 日      | 滅失した<br>場所 |       |
| 被保険者証を滅<br>失したときの状<br>況（詳しく記入）  |               |            |       |
| <p>上記に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたのでお届けいたします。<br/>         今後の取扱いには十分に注意することを誓約いたします。<br/>         なお、滅失による被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日提出</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名 _____ ㊟</p> |               |            |       |

|             |   |
|-------------|---|
| 事業主の<br>証明欄 | 被保険者が健康保険の被保険者証を滅失したこと、<br>および被保険者の資格を取得状況が、届出のとおり相違ないことを証明します。 |
|             | 平成 年 月 日  |
|             | 住 所   |
|             | 氏 名 _____ ㊟   |
|             | 電話 ( )  |

受 付 日 付 印