

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 記号・番号	000-0000		
被保険者氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日	MT SH 〇〇年 4月 1日
被保険者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
被保険者の勤務 する（していた） 事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1	
被保険者証を滅 失した者の氏名	健保 太郎	続柄	本人
被保険者証を 滅失した日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	滅失した 場所	自宅
被保険者証を滅 失したときの状 況（詳しく記入）	引越しの際、どこかにしまい込んでしまい、見つからなくなってしまった。		
<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。          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。          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;">平成〇〇年〇〇月〇〇日提出</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名      健保 太郎      <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span></p>			

事業主の 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、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	(印)
	電話	( )

受 付 日 付 印