

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証滅失届 (資格喪失のため再発行不要)

被保険者証記号番号		被保険者の氏名		生年月日				性別
記号	番号	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男・女
資格喪失日		被保険者の連絡先						
令和 年 月 日		〒						
		電話番号						

対象となる方①	氏名		生年月日				性別	続柄	高齢受給者証
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男・女		有・無
<input type="checkbox"/> 被扶養者									

滅失したときの状況
(いつ・どこで・どのような状況で。
できるだけ詳しく)

対象となる方②	氏名		生年月日				性別	続柄	高齢受給者証
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男・女		有・無
<input type="checkbox"/> 被扶養者									

滅失したときの状況
(いつ・どこで・どのような状況で。
できるだけ詳しく)

対象となる方③	氏名		生年月日				性別	続柄	高齢受給者証
<input type="checkbox"/> 本人	(氏)	(名)	元号	年	月	日	男・女		有・無
<input type="checkbox"/> 被扶養者									

滅失したときの状況
(いつ・どこで・どのような状況で。
できるだけ詳しく)

上記の届出書に記載したとおり保険証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。
また、万一紛失の被保険者証により貴組合に損害をおかけしました際は一切の責に任じます。

被保険者氏名 _____ 令和 年 月 日 提出

※この届出は、資格喪失した被保険者または被扶養者が被保険者証を滅失したため返納できない場合に提出するものです。

※再発行が必要な場合は、本届出ではなく「被保険者証再交付申請書」をご提出ください。

受 付 印