

事業所		
		係

健康保険 被保険者証(カード)滅失届

被保険者証 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	
被保険者氏名	_____ (印) 生年月日 昭和・平成 年 月 日	
被保険者住所	〒 _____	
事業所名称	_____	
事業所所在地	_____	
滅失届の対象者	1. 被保険者 2. 被扶養者	
滅失届の対象者のうち、被扶養者の場合は右欄に記入願います	(被扶養者氏名)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		続 柄 _____ 性別 男・女
	(被扶養者氏名)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		続 柄 _____ 性別 男・女
	(被扶養者氏名)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		続 柄 _____ 性別 男・女
	(被扶養者氏名)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
		続 柄 _____ 性別 男・女
滅失した年月日	_____ 年 月 日 滅失した場所 _____	
滅失した理由	_____	

【被保険者証発見の際の返納誓約】

上記理由により被保険者証を滅失しましたのでお届けいたします。
 なお、滅失した被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。

被保険者氏名 _____ (印)

(事業主証明欄)

上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出し、滅失に相違ないことを証明します。 住 所 〒 _____ 氏 名 _____ (印) 電話番号 _____
--