

事務長・次長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険証滅失届

被 保 険 者 欄	記号	番号 (右づめ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		性別	男		女		/			
	滅失した 経過等を 記入してく ださい								備考			
	<p>私儀、この度貴組合より交付いただいていた証を紛失してしまいました。 尚、万一、証を発見したときには、ただちに返却します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>被保険者 氏名</p>											

該当する項目に✓してください

チェック欄	滅失した方の氏名	生年月日	性別	滅失した証
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
滅 失 被 扶 養 し た 養 老 者 の 健 康 保 険 証 を 記 入 す		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証

— 受付印 —