

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証
資格確認書 滅失届

被保険者 記号・番号	記号(左つめ) 番号(左つめ) 生年月日
	<div>1 昭和 2 平成 3 令和</div> <div>年 月 日</div>
被保険者 氏 名	フリガナ
被保険者 現 住 所	
	都 道 府 県
被保険者 勤務先名称	
滅失した人の氏名	
滅失した証	3 1 健康保険被保険者証 2 資格確認書 3 その他()
証を滅失した時の 状況(具体的に)	※健康保険証、資格確認書は”貸与”されているものです。不明や空欄での提出は受付出来ません。 いつ ; どこで; どのようにして;

上記届け出に記載した通り、証を滅失しましたが、後日発見した場合は直ちに返却致します。
滅失した証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

年 月 日

被保険者氏名(自署) (印)

【提出先】 支店業務担当者 → 人事総務部

上記のとおり証の返納が出来ないため届出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印