

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(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 昭和 2 平成 3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被保険者 氏名	フリガナ		
被保険者 現住所	<input type="text"/> - <input type="text"/>		
	都 道 府 県		
被保険者 勤務先名稱			
滅失した人の氏名			
滅失した証	<input type="checkbox"/> 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)	<p>※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。</p> <p>いつ ; どこで; どのようにして;</p>		

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