

常務理事	事務長	係		

健康保険被保険者証 滅失届【喪失・更新】

被保険者証の記号と番号			男・女	生年月日	年 月 日	
被保険者の勤務する (していた)事業所の	名称					
	所在地					
被保険者証を滅失した年月日	年	月	日	被保険者証を滅失した場所		
滅失した者の氏名		続柄		生年月日	年 月 日	
被保険者証を滅失した時の状況						
年 月 日						
<p>うえの届書に記載した通り、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意いたします。 なお、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。</p>						
<p>被保険者の住所 〒</p> <p>氏名 印</p>						

事業主の欄
上の申請について申し出がありましたので、届出致します <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</div> 事業所所在地 事業所名称 事業主名 印

受付日付印