

被保険者証滅失届

被保険者氏名		記号		番号		被保険者生年月日	昭平	年	月	日
被保険者住所										
対象者	☐ 本人分 ☐ 家族分 → 該当の被扶養者氏名 []									
申請理由	☐ 滅失	・被保険者証悪用の心配もございますので必ず最寄の警察署に届け出てください。 ・なお、滅失した被保険者証を発見した場合はただちに返納してください。								
		滅失した被保険者証の悪用その他の事由により貴健康保険組合に損害をかけた場合は、わたくしにおいてその賠償の責を負います。								
		滅失年月日 年 月 日 滅失場所 [] 滅失理由 イ. 盗難 ロ. その他 []								
	☐ 毀損	被保険者証を添付のうえ、ご提出ください。								

※被保険者証の再交付は行いません。今後はマイナ保険証をご利用ください。

上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、
証明者の氏名をご記入ください。

常務理事	事務長	担当者

受付日		処理日	