

健康保険 被保険者証 滅失届 (喪失時)

下記の通り申請します。

年 月 日 提出

被 保 険 者 情 報	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名 <small>(フリガナ)</small>	生年月日	年	月	日
	住所 (〒 -)			自署してください。			
電話番号(日中の連絡先)				Tel ()			

滅 失 さ れ た 方	氏名	続柄	生年月日	年	月	日	備考	
				<input type="checkbox"/> 昭和				
				<input type="checkbox"/> 平成				
				<input type="checkbox"/> 令和				
				<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 平成					
			<input type="checkbox"/> 令和					

滅 失 し た 理 由	詳しく記入してください。	滅 失 の 状 況	<input type="radio"/> 発生日時 _____ 年 月 日 <input type="radio"/> 発生場所 _____
----------------------------	--------------	-----------------------	--

誓 約 書	私は、本申請書に記載した通り、被保険者証を滅失いたしました。万一、該当被保険者証が不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約いたします。 <p style="text-align: center;">被保険者(本人自署)</p>
-------------	--

※ 被保険者証は、クレジットカードと異なり、使用を停止することができません。
最寄りの警察署に届出てください。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から被保険者証 滅失の申請がありましたので届出いたします。						
	事業所所在地	(〒 -)			年	月	日
	事業所名称						
	事業主名						
電話	Tel ()						

※ 任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
※ 滅失した被保険者証が発見された場合には、必ず発見した被保険者証を健康保険組合に返納してください。

健保記入欄	返納があった場合の返納日	年	月	日
-------	--------------	---	---	---

常務理事	事務長	担当