

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険証滅失届

被 保 険 者 欄	記号	番号 (右づめ)	生年月日 昭和 平成 年 月 日	資格取得 年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名 (フリガナ)	性別 男 ・ 女		備考
	滅失した 経過等を 記入してく ださい	備考		
	私儀、この度貴組合より交付いただいていた証明書を滅失してしまいました。 尚、万一、証明書を発見したときには、ただちに返却します。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者 氏名			

該当する項目に✓してください

チェック欄	滅失した方の氏名	生年月日	性別	滅失した証
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分			<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
滅 失 被 扶 養 者 の 健 康 保 険 証 を 記 入 す		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証

受付印