

健康保険被保険者証滅失届

健康保険被保険者証の 記号	健康保険被保険者証の 番号

常務理事	事務長	業務課長	主	任	担	当	者

被 保 険 者 の 氏 名				生 年 月 日				性別
(氏)		(名)		昭. 5 平. 7	年	月	日	男. 1女. 2
被保険者証の滅失年月日		令和 年 月 日						

資格取得年月日	昭 平 令	年	月	日	資格喪失年月日	令 和	年	月	日
---------	-------------	---	---	---	---------	--------	---	---	---

滅 失 対 象 者 氏 名	被保険者 被扶養者番号	氏 名			生 年 月 日				性別	続柄
		(氏)	(名)		昭. 5 平. 7 令. 9	年	月	日	男. 1女. 2	

滅失の事由	
-------	--

事業所所在地 名 称 事業主の氏名	被保険者 住所 氏名
------------------------------------	-----------------

受付日付印

*滅失の事由は詳細に記入してください。(単に紛失、不明等の如く記載しないこと)