

常務理事	事務長	担当

健康保険

被保険者証  
高齡受給者証

滅失届

以下に記載したとおり被保険者証・高齡受給者証を滅失いたしました。  
被保険者証・高齡受給者証を発見したときは直ちに返納いたします。  
この被保険者証・高齡受給者証によって保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

年 月 日 被保険者氏名 (申請者)

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	年	月	日	資格取得 年 月 日	年	月	日
	番号								
被保険者 氏名	フリガナ		Emp No. (注)						
			被保険者 住 所		〒				
所属事業所 及び部署名 (注)			住 所		電話 ( )				
提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 2. その他 ( )								
該 当 者 (該当するものに○を)	1. 被保険者分 2. 被扶養者分								
該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日		
	②	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日		
	③	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日		
滅失 したときの 状況	※滅失した状況を具体的にご記入ください。								
警察への届出状況	有 ・ 無	届出先	警察署	届出日	年	月	日		
備 考				※健保使用欄			受付日付印		
				<ul style="list-style-type: none"> <li>喪失</li> <li>被扶養者 (異動)</li> <li>更新</li> <li>その他</li> </ul>					