

理事長	常務理事	事務局長	担当

### 健康保険(被保険者証・被扶養者証)滅失届

保険証番号	社員番号	氏名
記号 番号		
住所		

滅失の理由、必要事項を記入してください。

滅失(紛失)した状況を記入してください。

警察への届け出状況

届け出先( 警察署 ・ 派出所 ・ 駐在所 )

届け日 (令和 年 月 日 )

3、その他 (具体的な理由を記入してください。)

申請の対象者

1、本人

2、家族(氏名) .....

4、家族(氏名) .....

3、家族(氏名) .....

5、家族(氏名) .....

滅失した場合に署名・捺印をお願いします。

念書

上記に記載のとおり、健康保険証を滅失、返却できない事に相違ありません。  
この健康保険証について万一、事件・事故が起こった場合はすべて自己責任とします。

なお、滅失した健康保険証を発見した場合は速やかに返却します。

令和 年 月 日 被保険者氏名 .....

事業主証明

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日 事業主所在地

事業所名所

事業主氏名

備考