

店番 _____

店名 _____

部門 _____

社員コード _____

健康保険 滅失届

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月 日			
	ライフコーポレーション健康保険組合殿			
	住所 _____			
	被保険者			
	氏名 _____			
※該当する□にチェックを入れてください。				
以下に記載したとおり、 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証				
を滅失したため、返却できません。				
また、発見した時は速やかに返却します。				
被保険者証の	記号		番号	
事業所の名称	株式会社ライフコーポレーション			
滅失者 氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
	昭・平・令 年 月 日生			
	昭・平・令 年 月 日生			
滅失した状況を 具体的に ※必ず記入				

この滅失届は、被保険者の退職やご家族が扶養から外れる際、滅失等により有効期限内の資格確認書等を返却できない場合の届出書です。

※再交付が必要な場合は、

資格確認書…再交付申請書にてご申請ください。

限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受領証…健保組合へご連絡ください。