

店名

社員番号

被保険者証 滅失届

被 保 険 者 証 記 入 欄	令和 年 月 日				
	健康保険組合理事長殿				
	住所 _____				
	被保険者				
	氏名 _____ 印				
	以下に記載しましたとおり、被保険者証を滅失いたしました。 今後は被保険者証の取り扱いに十分注意します。 また、滅失した被保険者証を発見した時は、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					
備 考					