

店名 _____

社員番号 _____

被保険者証 滅失届

被保険者 記入欄	令和 年 月 日				
	健康保険組合理事長殿				
	被保険者	住所			
		氏名			
	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 事業所の名称	記号		番号	
	滅失者 氏名 生年月日	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	昭・平・令 年 月 日 生			
備 考					