

# 滅失届

該当する項目に  
○印を記入⇒

健康保険被保険者証
資格確認証

高齢受給者証
限度額認定者証
特定疾病療養受給証

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証		被保険者氏名	被保険者住所	〒	-
記号	番号				
		事業所名			
		TEL	内線	被保険者TEL	

返納できない理由(具体的に) *紛失した方の氏名を記入願います。	被保険者証発見の際の返納誓約
対象者名 続柄	上記の届出書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。
	氏名 <span style="float: right;">⑩</span>
	令和 年 月 日

上の申請について事実と相違ないことを証明します。		事業所番号
事業所所在地	〒	
事業所名称		担当者名
事業主氏名		
電話	TEL	

受理印