

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 被保険者証 紛失届

※太枠内を記入・捺印のうえ、事業主経由で提出してください。

被保険者証の 記号・番号	記号 番号		被保険者 氏名・印		印		
被保険者の住所		〒		電話番号			
紛失対象被扶養者の住所		〒		電話番号			
被保険者の生年月日・性別			資格取得年月日		紛失対象者		
昭・平 年 月 日		男・女	昭・平 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 →該当者を下記に記入		
紛失対象被扶養者の 氏名・生年月日・続柄・性別		紛失該当被扶養者氏名		生年月日		性別	続柄
				大・昭・平 年 月 日		男・女	
				大・昭・平 年 月 日		男・女	
				大・昭・平 年 月 日		男・女	
				大・昭・平 年 月 日		男・女	
申請事由(紛失時期、場所、状況、事情等、詳細をわかりやすく記載してください)							
						提出日 平成 年 月 日	

事業主の証明

上記被保険者は健康保険被保険者証を紛失したことに相違ないことを証明します。

なお、今後は被保険者証を紛失することのないように全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

住所
事業主
氏名

印

受付日付印