

常務理事	事務長	検 算	係

健康保険 被保険者証 (本人・家族) 滅失届
高齡受給者証

① 被保険者の 氏名		② 性 別	男・女	③ 生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日生
④ 被保険者の 現 住 所	〒					
⑤ 健康保険被保険者証の	記号		番号			
⑥ 被保険者の 勤 務 する (していた) 事 業 所 の	(イ) 名 称	部 課 支 社 営 業 所				
	(ロ) 所 在 地					
	(ハ) 資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	(ニ) 被扶養者 の有無	有 (人) ・ 無	
	(ニ) 資格喪失年月日	昭和・平成・令和	年 月 日			
⑦ 被保険者証等を滅失 (紛失) した該当者の氏名	続 柄	滅失 (紛失) 時の状況				
⑧						令和 年 月 日提出
うえの届書に記載したとおり被保険者証等を紛失いたしました。この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。						
住所 被保険者の 氏名						
⑨ 備 考					受 付 日 付 印	