

組合 使用 欄	喪失（削除）年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	被保険者証返納年月日	令和 年 月 日				
	届出の種類	<input type="checkbox"/> 喪失・ <input type="checkbox"/> 削除	滅失の内容	<input type="checkbox"/> 紛失・ <input type="checkbox"/> 廃棄・ <input type="checkbox"/> 盗難・ <input type="checkbox"/> その他		

## 健康保険 被保険者証滅失届

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号・番号	1 2 3 . 4 5 6 7	事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 平成		
	被保険者の 現住所	〒123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇 電話 1234 ( 56 ) 7890				
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和				
滅失した被保険者証【該当者】について						
氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	妻	
滅失したときの 状況（詳しく）	保険証を返却しようとして探したが見つからなかった。					

本欄は被保険者が自署	<p>うえに記載のとおり被保険者証を滅失しました。 滅失した被保険者証により万一事故が発生した場合、貴組合には一切ご負担をお掛けしません。 なお、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。</p> <p style="text-align: right;">令和××年××月××日</p> <p>野村健康保険組合 御中</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 健保 太郎</p>
------------	---

上記のとおり被保険者より健康保険被保険者証滅失の届出があったことについて、届出のとおり相違ないことを証明します。	
事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	令和 年 月 日  事業所記入欄  ( )

受付印