

秘密

健康保険被保険者証 滅失届

(被保険者証をなくして返せないとき)

審査	入力	一次	二次	発送

被保険者証の記号・番号		記号	番号		被保険者氏名		電話番号		住所		
被保険者であった者の住所・電話番号		住所	〒		—		電話番号		—		
滅失した対象者	氏名		生年月日				性別	続柄	高齢受給者証		被保険者証を滅失した理由 (該当する理由に○印をつけてください)
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女	本人	有・無	有・無	
			平成								
			令和								
										1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済・未)	
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	2.き損	
		平成								3.その他 ()	
		令和									
										1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済・未)	
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	2.き損	
		平成								3.その他 ()	
		令和									
										1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済・未)	
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	2.き損	
		平成								3.その他 ()	
		令和									
										1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済・未)	

上記の者について、被保険者証(高齢受給者証を滅失した為届出します。尚、被保険者証(高齢受給者証)を回収した時は、直ちに返納します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

年 月 日 提出
神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

受付日付印

社会保険労務士記載欄