

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					
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 交付 返納	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 平成 令和	年	月	日	男・女	本人	有・無	有・無	1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未) 2. き損 3. その他 ()
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未) 2. き損 3. その他 ()
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未) 2. き損 3. その他 ()
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		有・無	有・無	1. 滅失 ⇒滅失場所() 警察への届出 (済 ・ 未) 2. き損 3. その他 ()

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	(印)
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄	
	(印)

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