

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)

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------|----------------|-----------------------------------|-----------|-----------|------------|----------|--------|-------------------|-------------------------------------|---|--|
| 被保険者証の記号・番号 | | 記号 | 2312 | | 番号 | 200 | | 被保険者氏名 | 健保 花子 | | | |
| 被保険者であった者の住所・電話番号 | | 住所 | 〒0000-0000 横浜市〇〇区△△区 〇〇-×× | | | | | 電話番号 | 000-0000-0000 | | | |
| 滅失した対象者 | 氏名 | | 生年月日 | | | | 性別 | 続柄 | 高齡受給者証 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(近所の公園) 警察への届出 (済 ・ 未) | |
| | 健保 | 花子 | | 01 | 01 | 11 | 女 | | 無 | 無 | 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) | |
| (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) | | |
| (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) | | |
| (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) | | |
| (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) | | |
| (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) | | |
| (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) | | |

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

| | |
|--------|-----------------------------|
| 事業所所在地 | 〒0000-0000 横浜市〇〇区〇〇町 |
| 事業所名称 | 〇〇 病院 |
| 事業主氏名 | 〇〇 〇〇 |
| 電話番号 | 000(000)0000 |



| | |
|------------|---|
| 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