

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(近所の公園) 警察への届出 (済・未)	
	健保	花子		0	1	0	1	1	1	女		
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		有・無	有・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	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	〒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