

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者証 (高齢受給者証) 滅失届

交付をうけていた証			被保険者 氏 名	印
記号		番号		
対象者氏名		対象者氏名		
対象者氏名		対象者氏名		
対象者氏名		対象者氏名		
<証を滅失した状況をくわしく書いて下さい。>				
				所属長印
被保険者証（高齢受給者証）発見のときの誓約事項		上に記載したとおり被保険者証（高齢受給者証）を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。		
事業主証明	被保険者よりこの滅失届が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日			
	適用事業所			
	名称		担当部署 責任者印	
この滅失届は次の場合に提出して下さい。			健保組合 受付印	
① 資格喪失届に添えて返納することができない場合。				
② 証の更新のため提出を求められたが、なくしたために提出できない場合。				
万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届け下さい。				