

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詳しく書いてください。>				
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、 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 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、直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		事業主印 又は 代理人印	
この滅失届は次の場合に提出してください。			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、無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、警察等にお届けください。				