

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

交付を受けていた証			被保険者氏名	健保 太郎 (印)	
記号	〇〇	番号			
対象者氏名	健保 太郎			対象者氏名	
対象者氏名	健保 花子			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。>					
〇月〇日 引越しをした際に、誤って不用な物と一緒に処分してしまったため。					
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 checked="" 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。					