

健康保険組合(承認)			
常務理事	事務長	主任	担当

健康保険 被保険者証 き損・滅失届

申請年月日		令和 年 月 日												
被保険者等 記号・番号 (左詰めで記入)												被保険者 氏 名	フリガナ	
記 号				番 号									(氏)	(名)
事業所名称 (所属会社名)													所属所課名称	

被保険者証をき損・滅失された方の氏名・続柄を記載してください。							
氏 名		続 柄	申請理由	氏 名		続 柄	申請理由
(氏)	(名)		き損・滅失	(氏)	(名)		き損・滅失
(氏)	(名)		き損・滅失	(氏)	(名)		き損・滅失
※き損の場合は、状況・理由を詳細に記載してください。							
※滅失の場合は、盗難・遺失届を届け出た警察署名と受理番号を記載してください。							
警察署 / 受理番号							

事業主 の 証 明	上記のとおり、被保険者からき損・滅失の届けがありましたので提出いたします。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		

受付日付印