

常務理事	事務長	担当者

<h2 style="margin: 0;">健康保険被保険者証滅失届</h2> <p style="text-align: right; margin: 0;">年 月 日 申請</p>				
被保険者証の 記号と番号	記号		事業所名称	
	番号			
被保険者の氏名	印		生年月日	年 月 日
紛失対象者	氏 名		生 年 月 日	性 別
			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女
			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女
			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女
*紛失したときの状況を詳しく書いてください。			紛失・盗難	
			届先: 警察署	
			届日: 令和 年 月 日	
			受理番号:	
念 書	<p>上記の通り、被保険者証を滅失いたしました。                  尚、滅失した保険証を発見したときは、直ちに返納いたします。                  また、滅失した保険証が第三者によって不正に使用された時や、資格喪失後、無資格で診療を受けた場合は、その一切の責任を負うことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 被保険者氏名 印</p>			
<p>上記の通り被保険者より紛失の届出がありましたので提出いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 印</p>				