

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>				