

健 保 組 合	常務理事	事務長	事務次長	受付印
	事務次長	担当		

健康保険 滅失届

①申請日	令和 年 月 日			
②被保険者証の 記号と番号	記号		③事業所の名称・所属	
	番号			
④被保険者氏名	(フリガナ)		⑤被保険者の生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
⑥紛失した証	被保険者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証 ・ 特定疾病療養受療証			
⑦紛失対象者 (被保険者の場合は 記入不要です)	氏名	(フリガナ)	続柄	性別 男・女
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
⑧滅失日	令和 年 月 日			
⑨滅失した理由 (詳しく記入して ください)				

紛失したことにより不正使用され、医療費その他の損害を貴健保が被った場合には私が生かす一切の責任を負うことを誓約します。

事 業 所 記 入 欄	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	