

年 月 日

常務理事	事務長	担当者

武蔵野銀行健康保険組合理事長 様

健康保険被保険者証（保険証）滅失届

被保険者住所 _____
被保険者氏名 _____ 印
勤務事業所名 _____
(部 店 名) ()

下記の保険証を滅失しましたのでお届けいたします。

記

1. 滅失した保険証

保険証	記号・番号		
枚 数	計		枚

本人 (被保険者)

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
-----	--	------	-------	----	-------

家族 (被扶養者)

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
-----	--	------	-------	----	-------

家族 (被扶養者)

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
-----	--	------	-------	----	-------

家族 (被扶養者)

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
-----	--	------	-------	----	-------

家族 (被扶養者)

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
-----	--	------	-------	----	-------

2. 滅失理由等 (必ずご記入下さい)

(1) 滅失事由 . . . 該当項目に○をする。

紛失	盗難	その他 ()
----	----	---------

(2) 場 所 ()

(3) 警察への届出 . . . 該当項目に○をする。(自宅以外は届出のこと)

有	受付番号 ()
無	()

以 上