

決裁日付印

健康 保 記 入 欄	被保険者証の返納があった場合は、その年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		扱者
	被保険者の資格を喪失した者である場合は、その年月日	令和 年 月 日				
	届出の種類	喪失・検認				
	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失				

健康保険被保険者証滅失届

※個人番号または記号・番号のいずれかを記載ください。

※ 被保険者個人番号																
※ 被保険者の										性別						
記号		番号				氏名					男・女					
被保険者の現住所																
被保険者の資格取得日		昭和 平成 令和				年			月		日	健康保険の被扶養者の有無	有	・	無	
被保険者証を滅失した年月日		令和				年			月		日	被保険者証を滅失した場所				
被保険者証を滅失した事由 (できるだけ詳しく記入して下さい)		滅失該当者			氏名					続柄						

被保険者証発見の際の返納誓約

うえの届出書に記載した通り被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときには、直ちに返納致します。尚、万一紛失した健康保険被保険者証を他人に使用されたことにより、健康保険組合が被る損害について、私が全責任を持って弁償することを誓います。

被保険者氏名

印

最近6ヶ月間の受診状況

受診者氏名	続柄	傷病名	診療を始めた日	診療をやめた日	★病院又は診療所名	★の所在 都市区名
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		
			年 月 日	年 月 日		

上の通り相違ありません。

被保険者氏名

印

事業 所 内 点 検 印	担当課(係)長印	事業 所 証 明 欄	上記届出について、事実に相違ない事を証明します。
			令和 年 月 日
	担当者印		所在地
		事業所	名称
			代表者名
			Tel. — —
			印

*

受付日付印

この届出書は2025年12月1日以降提出不要となります。

2024.11.13改訂

不二サッシ健康保険組合