

| | |
|--------------|--------------|
| 受付 | 年 月 日 |
| 決定 | 年 月 日 |
| 旧被保険者証 添付 | 有 ・ 無 |
| 申請理由 | ・滅失 ・毀損 ・無余白 |
| 資格取得 | S・H・R 年 月 日 |

| 決 裁 | | | | |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当 |
| | | | | |

健康保険 被保険者証 滅失届

年 月 日

京葉ガス健康保険組合理事長殿

住所
TEL
被保険者
氏名

下記のとおり健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。
なお、滅失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。

記

1. 被保険者証の記号・番号

| | |
|----|-----|
| 記号 | |
| 番号 | 第 号 |

2. 被保険者の勤務する事業所の名称

3. 被保険者証を返却できない方の氏名・続柄

| | | | |
|----|--|----|--|
| 氏名 | | 続柄 | |
|----|--|----|--|

4. 返却できない理由・滅失した時の状況

上記の通り被保険者からの申請により提出します。

年 月 日

事業主 所在地
事業所名称
事業主名

※『健康保険被保険者証滅失届』は、健康保険の資格を喪失する時
(被保険者の退職や被扶養者が就職した等)に、保険証がなくなって
返却できない場合に提出するものです。

| |
|-----|
| 受付印 |
| |

| |
|-----|
| 確認印 |
| |