

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証滅失届

年 月 日提出

記 号	1 0 0 1	番 号		男・女	資格取得年月日	S・H	年	月	日
被 保 険 者	㊦			住 所					
今回滅失した者の氏名									
被保険者証発見の際の返納誓約 被保険者証を滅失しましたのでご報告いたします。 後日その証が発見された場合は、速やかに健康保険組合へ旧保険証を返納いたします。									

【滅失した事由】

場 所（具体的に）	
時 間	年 月 日・ 時 分 頃
警察署への届出	無・有（ 警察署・届出受理NO ）
状 況	

※ 本届は、所属事業部・工場事務課経由、ニフコ健康保険組合に提出して下さい。

健保組合受付印

事 業 主 の 証 明	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。
	年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話