|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険被保険者証（カード様式）滅失・き損 届※届出の理由がき損の場合は被保険者証（カード）を添付してください。※ | 伺　年　月　日 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 令和　 年 　月 　日 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　 保　 険　 者　 記　 入　 欄 | 被保険者等記号･番号 | 記号 |  | 番号 |  | 被保険者氏　　名 |  | 事業所名 |  | 所属 | ＴＥＬ |
| 該当者(該当する番号に○をつけて下さい) | １ | 被保険者分(本人) | 滅失・き損の事由 |
| ２ | 被扶養者分(家族) | 滅失・き損した年月日と場所　　令和　 年 　 月 　 日　　 　　場所 | （） |
| 該当するものが被扶養者の場合は下記に記入してください |
| 被扶養者の氏名 | 生 年 月 日 | 続 柄 | 性 別 | 滅失・き損に至った状況　（できるだけ詳細に記入してください） |
|  | 昭･平･令 | 年月日 |  | 男・女 |  |
|  | 昭･平･令 | 年　月　日 |  | 男・女 |
|  | 昭･平･令 | 年　月　日 |  | 男・女 |
| ※屋外での滅失・盗難による場合は必ず記入してください |
| 警察に届出した年月日 |  |
|  | 昭･平･令 | 年　月　日 |  | 男・女 |
| 届出した場所（警察署名・交番名） | （TEL　　　　　　　　　） |
| 受理番号等 |  |
| 上記の通り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ときはただちに返納いたします。 |
| 　　　令和　　年　　月　　日　セイコー健康保険組合理事長殿 | 住所被保険者　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業主記入欄 | 上記の通り被保険者より申請がありましたので提出いたします。　　　　　　　　令和 　　年 　　月 　　日　　　　　所 在 地　事業所　名　 称　　　　　事業主名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |  | 事業所担当者 |  | 健 保 記 入 欄 |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |

受 付 印