

# 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。

同 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		
	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			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（ ）		
	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		
		昭・平・令	年 月 日		男・女	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		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 住所          セイコー健康保険組合理事長殿 被保険者 氏名</p>								

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