

# 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<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄   | 被保険者等<br>記号・番号             | 記号<br>00 | 番号<br>0000      | 被保険者<br>氏 名 | 健保 太郎     |     | 事業所名                                       | 0000株式会社 |                          | 所属 | 総務部<br>TEL 0000 |
|   | 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<br>令和 00年 00月 00日 場所（ 00医院 ） |          |                          |    |                 |
|   | 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）              |          |                          |    |                 |
|   | 健保 愛子                      |          | 昭・平・令 00年00月00日 |             | 妻         | 男・女 | 0年0月頃、00医院にかかった際提示したが、以後所在がわからなくなった。       |          |                          |    |                 |
|   |                            |          | 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                                 |          | 令和00年 00月 00日            |    |                 |
|   |                            |          |                 |             |           |     | 届出した場所（警察署名・交番名）                           |          | 00警察署 (TEL 000-000-0000) |    |                 |
|   |                            |          |                 |             |           |     | 受理番号等                                      |          | 1 2 3 4 5 6 7            |    |                 |
| <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。<br/>         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 00年 00月 00日<br/>         セイコー健康保険組合理事長殿</p> <p>住所 00県00市00町1-1<br/>         被保険者 氏名 健保 太郎</p> |                            |          |                 |             |           |     |  |          |                          |    |                 |

|                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 事<br>業<br>主<br>記<br>入<br>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<br>事業所 名称<br>事業主名         |

|            |
|------------|
| 事業所<br>担当者 |
|            |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 健保<br>記<br>入<br>欄 |  |
|                   |  |

受付印