

# 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 00	番号 0000	被保険者 氏 名	健保 太郎		事業所名	〇〇〇〇株式会社		所属	総務部 TEL 〇〇〇〇
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 場所 ( 〇〇医院 )				
	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 〇〇年〇〇月〇〇日		妻	男・女	〇年〇月頃、〇〇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		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
							届出した場所（警察署名・交番名）		〇〇警察署 (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。          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 〇〇年 〇〇月 〇〇日          セイコー健康保険組合理事長殿</p> <p>住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1          被保険者 氏名 健保 太郎</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