

常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

健康保険任意継続被保険者証滅失届

(注意事項)

一、この届書は、次の場合に提出してください。
 イ、健康保険被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合。
 ロ、「被保険者資格喪失届」に滅失のため、健康保険被保険者証を添付できない場合。
 ハ、健康保険被保険者証の更新の際に滅失したため健康保険被保険者証を提出又は返納できない人が、再交付を受ける場合。

二、記載にあたっては、次のことに留意してください。
 イ、③④⑥⑧の元号は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
 ロ、④欄は、滅失した人について被保険者を含め全員を書いてください。

① 被保険者証の記号及び番号	記号	999	番号	
② 被保険者氏名・印			③ 生年月日	昭和 年 月 日 生 平成
④ 被保険者証を滅失した者の氏名・生年月日等	氏名	続柄	生年月日	備考
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
⑤ 被保険者の現住所	〒 -			
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和・平成・令和 年 月 日			
⑦ 被保険者が勤務をする(していた)事業所名・所在地	(イ) 名称			
	(ロ) 所在地			
⑧ 被保険者証を滅失した年月日	平成・令和 年 月 日	⑨ 被保険者証を滅失した場所		
⑩ 被保険者証を滅失した理由(詳しく)				
⑪ [被保険者証発見の際の返納誓約] 上の届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。 被保険者氏名 ㊟				

関東百貨店健康保険組合

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。	
令和 年 月 日	
被保険者住所	〒 -
被保険者氏名	㊟
電 話	() 番

* 受付日付印

