

健康保険証添付不能(紛失)届

健康保険証を紛失した場合、第三者に悪用される恐れがありますので必ず、最寄の警察署、または派出所に届出てください。

届出警察署名	届出年月日
--------	-------

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	係員

被保険者証	記号 番号	被保険者氏名	Ⓜ	性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
現住所	〒					Tel ()		資格取得年月日		
							昭・平・令	年	月	日

申請の対象となる者	氏名	資格喪失・削除年月日	生年月日	性別	続柄	返納できない理由(いつ、どこで紛失したか。状況等、詳しくお書き下さい。)
		令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	男・女		滅失 損 その他
		令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	男・女		滅失 損 その他
		令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	男・女		滅失 損 その他
		令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	男・女		滅失 損 その他
		令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	男・女		滅失 損 その他

※き損のときは、その被保険証を添えること

上記のとおり健康保険証をお返しできませんのでお届けします。もし紛失した被保険者証を不正に使用された場合は、一切の責任をとり貴組合にはご迷惑をお掛けいたしません。

【事業主記載欄】 事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、□に✓を付してください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業主の証明	上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。なお、今後は健康保険者証の回収不能のないよう注意するとともに、万一紛失保険証によって保険給付事故発生の場合、事業主において責任を持ってその解決に協力いたします。	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	Ⓜ
	電話	() -

受付日付印