

# 健康保険被保険者証紛失届

健康保険組合承認印

担当	事務長

届出 平成 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名		会社名・所属・連絡先	
	記 号		印			
	番 号					
	生 月 年 日	昭 ・ 平	年 月 日	現 住 所	〒 -	内線( ) IP等 - -

対 象 者	紛失理由		(紛失した理由を記入してください。)				
			健康保険被保険者証の紛失に伴って、健康保険組合へ損害を与えた場合は、賠償の責任を負い、健康保険組合には一切迷惑をかけないことを誓約いたします。				
	氏 名		性別	生 年 月 日			続 柄
			男・女	昭和・平成	年	月	日
			男・女	昭和・平成	年	月	日
		男・女	昭和・平成	年	月	日	
		男・女	昭和・平成	年	月	日	