

承認

処理

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 証 滅 失 届

年 月 日

七十七銀行健康保険組合理事長 殿

住所  
被 保 険 者  
氏 名

下記の通り 滅失 しましたのでお届けいたします  
毀 損

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	—	生 年 月 日	年 月 日
------------------------	---	---------	-------

事 業 所 名	
---------	--

滅失・毀損届の対象となる  
被保険者および被扶養者

氏 名	生 年 月 日	続柄	届出理由(該当に○印)
	年 月 日		滅 失 ・ 毀 損
	年 月 日		滅 失 ・ 毀 損
	年 月 日		滅 失 ・ 毀 損
	年 月 日		滅 失 ・ 毀 損
	年 月 日		滅 失 ・ 毀 損

滅 失 の 場 合	滅失年月日	年 月 日
	滅失場所	
	経 緯	.....
	遺失物届出日 及び警察署名	年 月 日 署 派出所

この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容については誤りが  
ないことを申請者本人に確認している。(確認のうえ口に✓)

年 月 日 住所  
事業主  
氏名

※毀損の場合は対象の被保険者証を添付のこと

(注) 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記欄に記載して下さい。

個人番号 (マイナンバー)		-		-	
------------------	--	---	--	---	--

(様式10)

データ登録	係	照 合

(R. 6. 12)