

SCSK健康保険組合 健康保険被保険者証 滅失届

【本人記入欄】.....

被保険者の 記号・番号					被保険者名	印
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	連絡先	()

滅 失 届	被保険者証を 滅失した時の理由					
	該当者名			該当者名		
	該当者名			該当者名		
	<p>上記の理由のとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 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 style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者名 印</p>					

【事業所証明欄】.....

所在地					
事業所 名称					
事業主 氏名					印
<small>※任意継続保険の方は事業所の証明は不要です</small>					

【SCSK健保使用欄】.....

常務理事	事務長	担当者

受付日付印