

健康保険 被保険者証
滅失 届

常務理事	部長	課長	主任	担当

鴻池健康保険組合 理事長 殿

※ 健保組合使用欄

被保険者証	記号	番 号							事業所					支店・営業所
該当する 被保険 者・被扶 養者	氏 名								続柄	生 年 月 日				発行通番
										昭和 平成 令和	年	月	日	※
	氏 名								続柄	生 年 月 日				発行通番
										昭和 平成 令和	年	月	日	※
	氏 名								続柄	生 年 月 日				発行通番
										昭和 平成 令和	年	月	日	※

	届出警察署	名 称	警察署				派出所
		届出日時	令和	年	月	日	
		受理番号	号				

【滅失の状況】

.....

.....

.....

.....

私は、上記のとおり健康保険被保険者証を滅失致しましたのでお届けします。
滅失した旧証によって生じる一切の責を負うとともに、旧証を発見した場合には、
直ちに返納致します。

令和 年 月 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____

※ 盗難・紛失した保険証は、クレジットカードのように利用を停止することはできません。
盗難や自宅以外で紛失した場合は、警察署へ届出てください。

事業主の証明欄

上記のとおり被保険者から申し出がありましたのでお届け致します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 _____

健康保険組合
受 付 印