

健康保険

被保険者証
高年齢受給者証
限度額適用認定証

紛失届

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号(右づめで記入)

平成 年 月 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名		電話番号	自宅	
所属(または出向先)	部	室・グループ 課・工場	職場(内線)	
被保険者住所	〒			

証の種類	氏名	生年月日	性別	続柄	紛失したときの状況	健保記入欄
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女			
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女			
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女			
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女			
<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 年 月 日	男 女			

誓約書	資格喪失又は被保険者証更新の際、旧被保険者証を紛失したため、提出できないことをお詫びするとともに、以下のとおり誓約いたします。 ①旧被保険者証が見つかったときは、ただちに返納いたします。 ②私の不始末により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合は、いかなる処分を受けても異議申し立てしません。
	被保険者氏名 ①

受符百符印

【添付書類】 警察署への遺失届(盗難届)のコピー(※健康保険証を紛失した場合のみ)
(コピーをもらえない場合は、下の余白に【届出日・警察署名・受理番号】を記入のこと)