

健康保険

被保険者証
高齢受給者証
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)			
1	2	3	4		5	6	7 8

平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) ケンボ 健保	(名) タロウ 太郎 印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	新日鐵住金○×△(株)	電話	自 宅	×××-××××-××××
所 属 (または出向先)	○ × 部 △ □ 室 グループ 課 ・ 工場	番号	職場(内線)	×××-××××
被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×			

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
☒ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) ケンボ 健保 イチコ 一子	昭 平 ○ × × △ ○ ×	男 女	妻	カバンに保険証を入れたまま電車内に忘れました	
☒ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) ケンボ 健保 カズエ 一恵	昭 平 ○ × × △ ○ ×	男 女	長女	同上	
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 平	男 女			
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 平	男 女			
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ)	昭 平	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 健保 太郎 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)