| 受　付 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|
| 番　号 | 大塚健保第　　号 |

| 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 担　当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険　紛失届

**※該当の証に☑を入れてください。**

**☐ 限度額適用認定証**
**☐ 高齢受給者証**
**☐ 特定疾病療養受療証**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者記入 | 被保険者証の記号・番号 | ― | | 被保険者氏名 | | |
| | 生年月日 | ☐昭　☐平　☐令　　年　　月　　日 | | | 性別 | ☐男　☐女 |
| | 事業所名称 | | | | | |
| | 被保険者住所 | | | | | |
| | 紛失対象者 | フリガナ<br>氏名 | | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
| | | | | ☐男　☐女 | ☐昭　☐平　☐令　　年　　月　　日 | |
| | | | | ☐男　☐女 | ☐昭　☐平　☐令　　年　　月　　日 | |
| | | | | ☐男　☐女 | ☐昭　☐平　☐令　　年　　月　　日 | |
| | 紛失事由 | | | | | |
| | 誓約 | 後日、紛失した証を発見したときは、ただちに健康保険組合へ返納します。<br>万一、紛失した証が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。 | | | | |

令和　　年　　月　　日

**大塚製薬健康保険組合理事長　殿**

**提出先　大塚製薬健康保険組合　〒771-0284 徳島県板野郡北島町高房字居内1-1**
**Tel 088-676-2765**