

健康保険組合決裁欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証 滅失届

健康保険被保険者証			被保険者氏名			生年月日			性別			
記号		番号		氏名		昭和 平成	年	月	日	男・女		
資格取得日				資格喪失日				滅失した保険証				
昭和 平成 令和				平成 令和				本証 ・ 遠隔地証				
滅失した保険証に記載されている被扶養者の氏名												
被保険者の住所		〒 - -										
自宅電話番号			- -			携帯電話番号			- -			
被保険者証を滅失した時の詳細な状況 (記入必須)												
警察への届出 (記入必須)		届出た警察署名				届出日			遺失届受理番号			
						年 月 日						
最後に使用した受診者氏名日付及び医療機関名		最後の受診者氏名 (保険証ごと)				日付			受診した医療機関名			
						年 月 日						
						年 月 日						
<p style="text-align: center;">SGホールディングスグループ健康保険組合 理事長 殿</p> <p>上記のとおり健康保険被保険者証を滅失いたしましたので届出いたします。 なお、滅失によって生じた事故については、全責任を負います。 健康保険被保険者証を発見した場合は、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 印</p>												
										受付日付印		