

任継 健康保険被保険者証 滅失届

(いずれかに 滅失 き損 その他)

下記のとおり、被保険者証の滅失届を申請します。

(申請年月日) 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	—	被 保 険 者 氏 名					
	被保険者の住所	〒						
	被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	滅失・き損した年月日	令和	年	月 日		
	滅失対象者氏名			続柄				
	遺失届出日 (滅失の場合)	【 遺失届受理番号 】 月 日 ()警察署 第()号						
	申請する理由(始末書) ※詳しく記入してください							
	資格確認書の発行可否 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 発行不要	マイナ保険証登録 ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 登録済	<input type="checkbox"/> 未登録		
【添付書類】： 被保険者と対象者の「住民票」(マイナンバーの記載のないもの)			常 務 理 事					

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

決裁印

受付印