

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

任継 健康保険被保険者証 滅失届(カード様式)

(いずれかに 資格喪失時 被保険者証更新時 その他)

被保険者の住所

(申請年月日) 令和 年 月 日

氏 名

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	20 -	被 保 険 者 氏 名		男 ・ 女
	資 格 取 得 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	滅失した年月日	令和 年 月 日	
	対 象 者 氏 名	続柄()	続柄()	続柄()	続柄()
	滅 失 し た 理 由 (詳しく記入してください)				

※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)

常 務 理 事					
------------------	--	--	--	--	--

決済印

受付印