

事業主印

受 付 日 付 印

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証滅失届（資格喪失時）

記号・番号は2024年10月以降配付した「資格情報のお知らせ」に記載されています。（不明なら空欄で可）

健康保険 記号		番 号		被保険者氏 名	
社員コード					
生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	資格喪失日 令和 年 月 日
事 業 所 名				部署名	
滅失対象者	1. 被保険者（本人）2. 被扶養者（家族）				
滅失対象者が 2. 被扶養者 (家族)の場合 該当者を記載	被扶養者氏名		続 柄	被扶養者氏名	続 柄
	被扶養者氏名		続 柄	被扶養者氏名	続 柄
	被扶養者氏名		続 柄	被扶養者氏名	続 柄
滅失したときの状況 (詳しく記入)					

	令和 年 月 日
住友ゴム工業健康保険組合 理事長殿	
上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けします。	
なお、この被保険者証を発見したときはただちに返却いたします。	
住 所	
被保険者	
氏 名	

※健保記入欄

被保険者証の返却があった日： 令和 年 月 日
