

常務理事	事務長	担当者	担当者	台帳照合

経過	被保険者証の返還があったときは、その年月日	年 月 日	被保険者の資格を喪失したものであるときは、その年月日	年 月 日
----	-----------------------	-------	----------------------------	-------

※上記は、記入しないでください。

健康保険被保険者証滅失届

被保険者証の記号番号	記号	番号	資格取得年月日	年 月 日
被保険者の氏名	フリガナ		性別	男 女
			生年月日	年 月 日
住所	〒		TEL	— —
被保険者の勤務する(していた)事業所の名称				
所在地				
被保険者証を滅失した年月日	年 月 日	被保険者証を滅失した場所		
被保険者証を滅失した事由(詳しく)				
該当者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者氏名	被扶養者氏名
	※ 該当する方の口にチェックし、被扶養者の場合は氏名を記入			

(被保険者証発見の際の返還誓約)

うへの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、直ちに返還いたします。

年 月 日

タカラスタンダード健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名

事業主の証明
被保険者_____が健康保険の被保険者証を滅失したについて届け出の通り相違ないことを証明します。
年 月 日
事業所所在地
事業所名
事業主の氏名

受 付 印