

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険被保険者証 滅失・**き損**届

確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

記号	番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日			性別	
2961	133	健保 太郎	5昭和 7平成	○	○	○	男 女

滅失、き損届申請の対象となる者及び原因 ※該当番号に○印をしてください。	1	被保険者(本人が保持しているもの) ※上記に同じ				原因	滅失・ き損
	2	被扶養者(家族が保持しているもの) ※対象となる家族の氏名等					
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男 女		滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男 女		滅失 き損
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	原因
			5昭和 7平成 9令和	年 月 日	男 女		滅失 き損

滅失、き損届申請の対象となる者及び原因 ※できるだけ詳しく記入してください。	病院で使用後、後ろポケットに入れたまま椅子に座った時に折れてしまった。 【き損の場合は必ず保険証を添付してください】 【盗難の場合は悪用されるケースも想定されますので、警察への連絡・届出をおすすめします】
---	--

上記のとおり、被保険者証を滅失・き損したのでお届けします。今後は十分取り扱いに注意いたします。
なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。
令和 ○年 ○月 ○日
被保険者 住所 東京都江戸川区西葛西○-○-○
氏名 健保 太郎

上記届出理由を調査したところ相違ないので証明します。
令和 ○年 ○月 ○日
事業所所在地 東京都葛飾区亀有○-○-○
事業所名称 株式会社 村越商店
事業主氏名 村越 健太
電話 03-1234-5678

受付日付印