

業務課長	係長	担当者

健康保険被保険者証滅失届

被保険者証記号・番号	—
被保険者氏名	
事業所所在地	
事業所名称	

被保険者証を滅失した者			滅失した時の状況
氏名	生年月日	続柄	
	昭平令 年 月 日		
	昭平令 年 月 日		
	昭平令 年 月 日		
	昭平令 年 月 日		
	昭平令 年 月 日		

令和 年 月 日 提出

被保険者証を滅失したため届出します。
 なお、滅失した被保険者証を発見したときは直ちに返納します。

〒 —

被保険者住所

氏名

◇ 受付日付印 ◇

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

服装健康保険組合