

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	係

健康保険被保険者証滅失届

被保険者証の記号番号		—	※ 届出の種類	資格喪失 ・ 保険証更新	
被 保 険 者 の 氏 名			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
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 者 の			被保険者証を滅失した時の状況を できるだけ詳しく記入してください。
氏 名	生 年 月 日	続 柄	
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		
	昭和・平成・令和 年 月 日		

令和 年 月 日 提出

うえの届書に記入したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取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。

【被 保 険 者】

住 所 〒 —

氏 名

受付日付印

コピーして使用することができます。《 A4 》

測量地質健康保険組合