

同年月日 年 月 日

常務理事	事務長	課(係)長	担当者

健康保険被保険者証滅失届

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

下記のとおり届け出します。

被保険者証の記号・番号 (記号) . (番号)	被保険者の氏名	印	生年月日	性別
		㊟	昭平 年 月 日	男 1 女 2
被 保 険 者 の 住 所		滅 失 し た 理 由		
〒				

該 当 番 号 「 ア 」 に ○ 印	ア	被保険者(本人)分					
	イ	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男 女	
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男 女	
	イ	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	
		(氏)	(名)	昭平令	年 月 日	男 女	
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日		性別	続柄	
(氏)		(名)	昭平令	年 月 日	男 女		

被保険者 が健康保険の被保険者証を滅失したことは 令和 年 月 日提出
届け出のとおり相違ないことを証明いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	㊟
電 話	()

受付日付印

始末書

被保険者住所
被保険者氏名

貴組合より交付された健康保険被保険者証を令和 年 月 日頃、紛失し再三心当りを探しましたが見当たりませんので始末書をもって深くお詫びいたします。

なお、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納申し上げると共に、若し第三者がその被保険者証を使用した際の医療費は私が全額負担することを誓約いたします。

令和 年 月 日 事業所名
被保険者氏名 ㊟

愛知県信用金庫健康保険組合理事長 様

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。