

常務理事	事務長	業務課長	担当者

任意継続被保険者 健康保険 被保険者証・高齢受給者証 滅失届

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	番号	※ 記号・番号が不明の場合は 空白でかまいません			
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成		年		月	日
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)					
		(氏)			(名)			
	4	性 別	男 ・ 女					
5	被 保 険 者 の 住 所	〒			-			電話 ()
			都 道 府 県					

滅 失 し た 被 保 険 者 証 等 の 対 象 者	6	氏 名		7	生年月日			8	性別	9	被保険者証を返納 できない理由
	被 保 険 者	(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			
	被 扶 養 者	(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女			

※ 該当する証を○で囲んでください。

被保険者証・高齢受給者証 の滅失により返納できないため、上記のとおり届出いたします。

なお、滅失した 被保険者証・高齢受給者証 を発見したときは、直ちに返納いたします。

令 和 年 月 日 被保険者の氏名

受付日付印