

常務理事	事務長			担当者

健康保険 被保険者証 滅失届
回収不能届

(滅失の場合)

※ マイナ保険証(マイナンバーカードに保険証の利用登録をしたもの)を利用することができない方は、別途「資格確認書交付申請書」を一緒に提出してください。

被保険者記入欄	記号	番号	被保険者氏名				
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生	
	滅失・回収不能の証	氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生
		氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生
		氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生
氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生	
滅失に至った状況(できるだけ詳細に)							
注意:紛失・盗難の場合は、必ず警察へ届けてください。							
事業主記入欄	回収できない理由(具体的に記入)						
事業主証明欄	上記のとおり相違ありません						
	令和 年 月 日						
	住所						
名称							
氏名							
受付印							