

健康保険被保険者証滅失届

※退職時に被保険者証を返納できない場合にご提出下さい。

| 被保険者証 | | 被保険者氏名 | | 事業所の名称 | |
|--|---|--------------|---------|-----------|-------------------------------|
| 記号 | 番号 | (印) | | 株式会社 | |
| | | | | 支店・部 | |
| | | | | 課 | |
| 被保険者証の 資格取得年月日 (入社年月日) | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者証の 資格喪失年月日 (退職日の翌日) |
| 被保険者証の種類 | | 1. 健康保険被保険者証 | | 2. 高齢受給者証 | |
| 滅失者 | 氏名 | 続柄 | 届出内容記入欄 | 届出警察署 | 警察署(交番) |
| | | | | 届出日 | 令和 年 月 日 |
| | | | | 届出受理番号 | No. |
| | | | | | |
| 滅失に至った 経緯 | いつ・どのように保管していて・どうなったために滅失したのかを具体的にご記入下さい。 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| <p>大東建託健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。</p> <p>なお、万一紛失しました被保険者証にて、会社および健康保険組合に対して損害を与えた場合には、一切の責任をもって賠償いたします。</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>被保険者の現住所 都道 府県</p> <p style="text-align: right;">氏名 (印)</p> | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | 受付日付印 | |
| 事業所名称 | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | |
| 社会保険労務士の 提出代行者印 | | (印) | | | |

| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|------|-----|----|
| | | |

