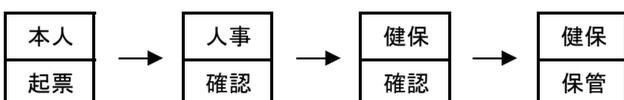


# 健康保険被保険者証・資格確認書等滅失届

※各種証を返納できない場合にご提出下さい。

被保険者等		被保険者氏名		事業所の名称	
記号	番号			株式会社	
				支店・部	
				課	
健康保険 資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	健康保険 資格喪失年月日
					令和
					年
					月
					日
滅失した証の種類		1. 健康保険被保険者証		2. 高齢受給者証	
				3. 資格確認書	
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。				
大東建託健康保険組合理事長 殿					
令和 年 月 日					
<p>上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失しましたが、発見したときはただちに返納いたします。                  なお、万一滅失しました証にて、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>					
〒 - 都道					
被保険者の現住所 府 県					
氏 名					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				受付日付印	

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--



常務理事	事務長	担当