

音羽健康保険組合御中

健康保険被保険者証 滅失（紛失）・き損（破損）届

届出日 令和 年 月 日			常務理事	事務長	係
記号	番号	被保険者氏名			
被保険者住所	〒				
事業所名					

(該当者区分) ○で囲んで下さい

- 被保険者分
- 被扶養者分・・・被扶養者分がある場合は下記に記入してください

被扶養者氏名	生年月日	続柄	性別
	昭・平・令 年 月 日		男・女
	昭・平・令 年 月 日		男・女
	昭・平・令 年 月 日		男・女

滅失した状況	
又は、き損した状況	
(できるだけ詳しく)	

上記のとおり、被保険者証を滅失・き損いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。なお、滅失の被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の滅失またはき損の申請がありましたので提出いたします。同時に、届出のとおり健康保険被保険者証を滅失または、き損したことに相違ないことを証明いたします。	
令和 年 月 日	
事業主	所在地
	名称
	電話番号

(受付)令和 年 月 日

(受付日付印)