

健 保 記 入 欄				
承認 伺	常務理事	事務長	担当責任者	扱者

健 保 記 入 欄
処理日
資格喪失日 又は除外日
証回収日

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

## 健康保険被保険者証 滅失届

(保険証の再交付が**不要**な場合)

平成 年 月 日提出

被保険者証	記号		番号		被保険者 氏名	
事業所名				被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日
メールNO		所 属				
被保険者住所	〒 - - TEL - -					
滅失した対象者名	続柄 _____		続柄 _____		続柄 _____	
【必ずご記入下さい】	〔 _____ 〕〔 _____ 〕〔 _____ 〕					
申 請 事 由	滅失した日	平成 年 月 日				
	滅失した場所					
	滅失状況					
警察への届出(有・無)						

被 保 険 者	<p>上記の理由により保険証を滅失しましたので、届出します。</p> <p>保険証を発見した場合には直ちに返納します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</p>
所 属 長	<p>上記の通り被保険者から報告がありましたので保険証の滅失について届出します。</p> <p style="text-align: right;">所属長氏名 (印)</p>

注 意 事 項	<p>① 滅失した状況をできるだけ詳しく記入して下さい。盗難や屋外で紛失された場合は、万が一に備え、警察に届出して下さい。</p> <p>② 被保険者並びに所属長は記名、捺印して下さい。</p> <p>③ <u>紛失した保険証が見つかった場合は、速やかに返納して下さい。</u></p>	事業所 担当者 印	
	健 保 受 付 印		