

健康保険  被保険者証  高齢受給者証 滅失届

年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

マイナンバーカード未取得者、またはマイナ保険証の利用登録をされていない方は  
申請により、資格確認書を発行します。資格確認書（再） 交付申請書もあわせてご提出ください。

太枠内を全てご記入ください。訂正がある場合は、必ず黒の消えないペンで二重線を引き、楷書ではっきりと訂正してください。

被保険者証等	記号	番号							
被 保 険 者 氏 名			生 年 月 日						
			昭和		年		月		日
			平成						

●理由欄：該当する箇所に□チェックしてください。毀損、劣化の場合は被保険者証を添付してください。

対象者氏名	生 年 月 日				続柄	● 理 由			
	昭和 平成 令和		年		月		日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化
	昭和 平成 令和		年		月		日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化
	昭和 平成 令和		年		月		日		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化

※ 警察届出日/届出必須 年 月 日	※被保険者証を紛失した場合は、必ず警察に届出をお願いします。
※ (受理番号 : 第 号)	※受理番号を必ず記入してください。
証を紛失したときの状況をできる限り詳しく記入してください。 (いつ、どこで、どのような理由で紛失したのか?)	
誓約書 (兼同意書)	当該被保険者証等が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、貴健康保険組合が監督官庁・警察署から当該被保険者証等に関する個人情報の提供を要請された場合、貴健康保険組合に一任することに同意します。 なお、証を発見した時は、ただちに返納いたします。 年 月 日 被保険者 (自署)

事業所所在地	上記の申請内容に相違ないことを証明します。	年 月 日 提出
事業所名称	〒	
事業主氏名		
電話番号		

受付日付印