

常務理事	事務長	業務課長	担当者

## 健康保険被保険者証 紛失届

※この届書は、当組合の資格を失った際に、被保険者証を紛失し返却ができない場合に提出する書類です。

被保険者証の再交付が必要な場合は、「健康保険被保険者証 滅失・き損再交付申請書」をご提出ください。

※太枠内を記入のうえ、在職中の方は事業主経由でご提出ください。

※退職後に加入されている任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は、直接当組合へご提出ください（下段の事業主の証明は不要です）。

※被保険者証の記号・番号は、不明である場合は記入不要です。

被保険者証の 記号・番号	記号 番号		被保険者 氏名	
被保険者住所	〒			電話番号
被保険者の生年月日			紛失対象者	
昭・平 年 月 日			<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）→該当者を下記に記入	
紛失対象被扶養者の 氏名・生年月日・続柄	紛失対象被扶養者氏名		生年月日	続柄
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
届出事由（紛失時期、場所、状況、事情等、詳細をわかりやすく記載してください）				

(20230401 改訂)

### 事業主の証明

上記被保険者は健康保険被保険者証を紛失したことに相違ないこと、記載内容に相違ないことを証明します。

なお、今後は被保険者証を紛失することのないように、全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印