

健康保険被保険者証・認定証 滅失届

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当

スズケン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり滅失したことに相違ありません。
 この被保険者証・認定証を発見したときは、直ちに貴組合に返納するとともに、
 この滅失した被保険者証・認定証により万一事故がありました場合は、責任を持って弁償します。

記入日 年 月 日

被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日
フリガナ				電話 番号	自宅		
被保険者名					携帯		
住所	〒						

被保険者証・ 認定証を 滅失した者	氏 名		続 柄	滅失した証の種類（チェックを入れる）
	フリガナ	フリガナ		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	フリガナ	フリガナ		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	フリガナ	フリガナ		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
	フリガナ	フリガナ		<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証

事業主の証明欄	上記の者について、被保険者証・認定証を滅失したことを確認したため届出します。 なお、被保険者証・認定証を回収したときは、直ちに返納します。
	所在地
	名 称
	氏 名

受付印

※任意継続被保険者については、この欄の記入は不要