

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

健康保険者証滅失届

被保険者証の	記号	0000	番号	0000		
被保険者 氏名	健保 太郎		男 女	生年月日		
				昭和 平成		
滅失したもの	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <small>※ 該当する方の□にチェックしてください。また、被扶養者の方が該当する場合は右欄に氏名等を記入してください。</small>	対象被扶養者	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
			健保 愛子	昭和 平成	男 女	妻
被保険者の 現住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1				
被保険者証 を滅失した ときの状況	電車内に財布を置き忘れた際に紛失した					
<p>【被保険者証発見の際の返納誓約】</p> <p>上記に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、こ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。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 <u>健保 太郎</u></p>						

千葉県機械金属健康保険組合

受付印