

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		番号			
被保険者 氏名				男 女	生年月日 昭和 平成 年 月 日	
滅失したもの	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input 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
				昭・平・令 年 月 日	男女	
				昭・平・令 年 月 日	男女	
				昭・平・令 年 月 日	男女	
				昭・平・令 年 月 日	男女	
				昭・平・令 年 月 日	男女	
被保険者の 現住所	〒 -					
被保険者の 勤務する (していた) 事業所の	名称					
	所在地					
被保険者証 を滅失した ときの状況						
<p>【被保険者証発見の際の返納誓約】          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 _____</p>						

千葉県機械金属健康保険組合

受付印