

健康保険 被保険者証

減 失 届

常務理事	事務長	部長	補佐	係長	主任	係

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日			性別	資格取得年月日				
		(印)	昭 平	年	月	日	男 女	昭 平	年	月	日
被保険者の住所											
〒											
電話 ()											

した者の氏名	減失・き損	氏名	続柄	氏名	続柄
		氏名	続柄	氏名	続柄

減失の理由	減失・き損	被保険者証を減失・き損した年月日と場所 平成 年 月 日 場所
		減失・き損に至った状況 ※詳細に記載してください。
	盗難	盗難にあった年月日と場所 ※悪用されるケースも想定されますので警察へ届出をお願いします。 平成 年 月 日 場所
		盗難にあった状況 ※詳細に記載してください。

被保険者署名欄	上記のとおり、健康保険被保険者証を減失または、き損したので届出します。 また、減失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。
	被保険者の署名・捺印 (印)

<p>上記のとおり、健康保険被保険者証を減失または、き損したことを確認し、届出の内容に相違ないことを証明します。</p> <p>〒</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 (印)</p> <p>電 話 ()</p>
--

平成 年 月 日提出
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----