

健康保険被保険者証 滅失届

決 裁 日 付 印	常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	資 格 取 得 年 月 日				
(右 詰 め) 	(右 詰 め) 	(氏) 	(名) 	昭和 平成 令和	年 	月 	日 	男 ・ 女	昭和 平成 令和	年 	月 	日
被扶養者が被保険者証を滅失したときはその被扶養者の氏名		(氏) 	(名) 	届出の事由			喪失・再交付・被扶養者削除・更新					
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 (詳しくご記入ください)												
うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分に取扱いに注意します。 なお、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。												
〒 - 被保険者の 住 所 氏 名												

電設工業健康保険組合

(注意事項)

この届書は、次に該当する場合に提出してください。

- 健康保険の被保険者証を滅失したため再交付を受ける場合。
 - 「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して提出できない場合。
 - 被扶養者を削除する際に「被扶養者(異動)届」に被保険者証を添付して提出できない場合。
 - 被保険者証の更新の際に被保険者証を添付して提出できない場合。
- 被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。

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