

健保 使用 欄	届出の種類	1. 喪失(喪失年月日: 年 月 日)	決裁日	令和 年 月 日		
		2. 再交付	常務理事	事務長	担当者	担当者
	3. 更新					
	再交付の要否	必要 ・ 不要				

11

健康保険被保険者証滅失届

北越コーポレーション健康保険組合 御中

令和 ●●年 ●●月 ●●日 提出

被 保 険 者 が 記 入 し て く だ さ い	被保険者証の記号番号	12-3456		被保険者 氏名	北越 太郎
	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日		被保険者 資格取得日	昭和・平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日
	被保険者の現住所	〒●●●●-●●●● 東京都●●区●●町●-●-●			
	滅失した被保険者証は	・本人 ・ <u>家族</u>		家族の場合 の被扶養者 氏名	北越 花子
	滅失した日	平成・令和 ●●年 ●●月 ●●日	滅失 した場所	東京駅構内	
	被保険者証を滅失した ときの状況 (詳細に記入のこと)	盗難にあったため			
上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、滅失していた被保険者証が見つかったときは、速やかに返納致します。 また、滅失した被保険者証が他に不正使用された場合の一切の責任を負い、貴組合に対して迷惑をかけないことを 誓約致します。					
令和●●年 ●●月 ●●日					
住 所 東京都●●区●●町●-●-●					
被保険者名 北越 太郎 <u>印</u>					

北越コーポレーション(株)使用欄		<u>新潟</u> 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社				
事 業 主 の 証 明	上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導致します。					受 付 印
	令和 年 月 日					
	事業所所在地					
	事業主名					
	電話番号					