

# 健康保険被保険者証滅失届

健康保険組合		
常務理事	事務長	係

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日				性別
〇〇	〇〇〇〇〇	健保太郎	昭 平 成 令 和	年 〇 〇	月 〇 〇	日 〇 〇	男 女

郵便番号	被保険者の住所	電話番号
〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇〇区〇〇〇丁目〇-〇〇	( 〇〇〇 ) 〇〇〇-〇〇〇〇

申請の対象者	フリガナ	フリガナ	生年月日				性別	被保険者との続柄	保険者証を滅失した理由
	氏名	名	年	月	日	男 女			
	ケンボ	ゲンキ	昭 平 成 令 和	年 ◇	月 ◇	日 ◇	男 女	長男	令和〇年〇月〇日、〇〇市から〇〇市へ転居しました。 その際、保険証が入ったパスケースを誤って廃棄してしまったため、返納が不能となりました。
			昭 平 成 令 和	年	月	日	男 女		
			昭 平 成 令 和	年	月	日	男 女		
			昭 平 成 令 和	年	月	日	男 女		
			昭 平 成 令 和	年	月	日	男 女		

赤字で記入している箇所をすべて記入してください。  
(不明な箇所があれば空白で結構です。)

上記のとおり滅失届を申請します。  
なお、失った被保険者証を発見したときは、直ちにそれを返却いたします。

令和 1年12月 1日

近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿

被保険者の氏名 健保太郎

令和 年 月 日

事業主  
(代理人)

職氏名