

健康保険証添付不能(紛失)届

健康保険証を紛失した場合、第三者に悪用される恐れがありますので必ず、最寄の警察署、または派出所に届出てください！！

| | | | | |
|------|----|----|----|----|
| 常務理事 | 部長 | 課長 | 主任 | 係員 |
| | | | | |

| | | | | |
|--------|-------|---|---|---|
| 届出警察署名 | 届出年月日 | 年 | 月 | 日 |
|--------|-------|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------------|--------|---|----|---|---|------|---------|--------------------|---|---|--|
| 被保険者証 | 記号 | 被保険者氏名 | 印 | 性別 | 男 | 女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 | |
| | 番号 | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 () - | | | | | | | | 資格取得年月日 | | | |
| | | | | | | | | | 昭・平 年 月 日 | | | |

| 申請の対象となる者 | 氏名 | 資格喪失・削除年月日 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 返納できない理由(いつ、どこで紛失したか。状況等、詳しくお書きください) | |
|-----------|----|-------------------|---------------------|---------------------|--------|--------------------------------------|-----------------|
| | | | 平成 年 月 日 | 明大昭平 年 月 日 | 男 女 | | 滅失 き損 その他 |
| | | 平成 年 月 日 | 明大昭平 年 月 日 | 男 女 | | 滅失 き損 その他 | |
| | | 平成 年 月 日 | 明大昭平 年 月 日 | 男 女 | | 滅失 き損 その他 | |
| | | 平成 年 月 日 | 明大昭平 年 月 日 | 男 女 | | 滅失 き損 その他 | |
| | | 平成 年 月 日 | 明大昭平 年 月 日 | 男 女 | | 滅失 き損 その他 | |

* き損のときは、その被保険者証を添えること。

上記のとおり健康保険証をお返しできませんのでお届けします。もし紛失した被保険者証を不正に使用された場合は、一切の責任をとり、貴組合にはご迷惑をお掛けいたしません。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|
| 事業主の証明 | 上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出いたします。なお、今後は健康保険者証の回収不能のないよう注意するとともに、万一紛失保険証によって保険給付事故発生の場合、事業主においても責任を持ってその解決に協力いたします。 | | | | | | | | | | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | | | | 〒 - |
| | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| | 事業主氏名 | | | | | | | | | | 印 |
| 電話 () - | | | | | | | | | | | |

受付日付印