健康保険被保険者証紛失届（喪失時）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人記入欄 | 被保険者等 | 記 号 |  | 番 号 |  |
| 被保険者・被扶養者  資格喪失日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 紛失した者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　） | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　） | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　） | | | |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　） | | | |
| この度、喪失に際し被保険者証を返却するべきところ不注意により被保険者証を紛失したため、返却することができません。  後日、被保険者証が出てきた場合には直ちに返却することとし、絶対に使用いたしません。  　　　　　　　　　　　　　　　　住 所  被保険者  　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 | | | | |

※紛失した者が多数で書ききれない場合は、この用紙をコピーして使用してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ✔  事業主記入欄 | 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。 |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電 　　話 |
| 事業主受付日　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担　当 | Ｇ　Ｌ | 事務長 | 専務理事 |
|  |  |  |  |

　　　　　　健 保 受 付 日