

### 健康保険被保険者証 滅失届

※ご記入は太枠欄を必ずボールペン又はペンでお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

被保険者証記号・番号		被 保 険 者 氏 名	所 属 名
記号	番号(氏名コード)	⑩	勤務地( )
			マルチ 8- -
届けの対象となる証 (該当する番号に○を付け、 被扶養者の場合は、 対象者を記入下さい。)		1. 本人  2. 被扶養者 (対象者: )	
<p>私は、下記理由で滅失し返納することが出来ません。 万一発見された場合は、遅滞なく返納します。</p> <p>滅失の理由</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

事業主の証明欄	上記申請内容について事実相違ないことを証明する。
	令和 年 月 日 事業所所在地
	事業所名称 <span style="float: right;">印</span>
	事業主氏名

事務長	課長	担当	
			回収入力日
			チェック

健保受付印

事業主受付印