

健康保険証に記載の
記号 と 番号です

健康保険被保険者証 滅失

退職者の方は
記入不要です

※ご記入は太極線内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)」に則し、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) | 健 保 太 郎 | 勤務地(本 社) 〇〇カンパニー 〇〇部 マルチ 8- 611 -XXXX |
| × × × × × × × × × × | | | |
| 健康保険証を返却できない方 | | 1. 本人 | |
| ※本人退職に伴う返却の場合は退職日を記入 | | 2. 被扶養者 (対象者: 花 子) | |
| | | 退職日 XXXX 年 XX 月 XX 日 | |
| <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>【理 由】</p> <p>1. 紛失、その他 (状況など、詳細をご記入ください)</p> <p style="text-align: center;">健康保険証を入れていた財布を外出先で紛失した</p> <p>2. 廃棄した (廃棄方法をご記入ください)</p> | | | |

<念書>

上記記載のとおり、健康保険被保険者証を返納できません。
この被保険者証について、万一 資格喪失後に健康保険組合が負担した医療費があったときは返金致します。

XXXX年 XX月 XX日 被保険者氏名 **健 保 太 郎**

| | | | |
|--------|-----|--------|----|
| 事業主記入欄 | | 事業主受付 | |
| 窓口責任者 | 担当 | | |
| | | | |
| 健康記入欄 | | 健保 受付日 | |
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
| | | | |
| 入力日 | | | |
| チェック | | | |

◆該当事業所に○をつけてください
堺・八尾・奈良・天理・葛城・多気・亀山・広島・福山・芝浦・幕張
特選・健保・基金・労組・事業C・米子・SBPJ・SJL・SFAT・SSIC・SFL
DBI・DBJ・SDP・SDTC・SDCC・AIoT・SSTC・SNDS・沖縄・SFC・SESJ
SSS・SMJ