

特例退職

健康保険被保険者証滅失届

下記の者について、健康保険証が回収不能であるため届出します。

		記入年月日	
		年	月 日
被保険者記号・番号		被保険者氏名	
記号	番号	生年月日	
6 1 0 0		昭和	年 月 日
住 所	〒 ー ー		
	電話番号 ー ー		

滅失届の対象となる者	氏 名		生 年 月 日	続 柄
	被 險 保 者			上 記 に 同 じ
被 扶 養 者			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

下記に念書を差し入れしてください。

念 書	
<p>1. 滅失した健康保険証を後日発見した場合は、直ちに返却します。</p> <p>2. 滅失した健康保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。</p>	
年 月 日	被保険者氏名

健保組合	
担当	再査