

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。

被保険者記号・番号		被保険者氏名	記入年月日	
記号		日生 花子	××××年 ×月 ××日	
番号			生年月日	
6	1000		昭和	××年 ×月 ××日
住所		〒 ×××-×××× 大阪府中央区今橋×-×-×× 電話番号 ××-××××-××××		

滅失届の対象となる者	氏名		生年月日	続柄
	被保険者	日生 花子		上記に同じ
被扶養者	日生 太郎		H ×年 ××月 ××日	長男
	日生 次郎		H ×年 ××月 ××日	次男
			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ることを約束します。</p>	
×××× 年 ×× 月 ×× 日	被保険者氏名 日生 花子

健保組合	
担当	再査