

健康保険被保険者証 紛失届

常務理事	事務長	担当者

被保険者証	記号	フリガナ		被保険者の氏名 (印)
	番号				
被保険者の現住所	〒 - 電話 () -				
被保険者の性別・生年月日	男・女	昭和・平成	年	月	日生
職場または事業所	電話 () -				
紛失の原因 ※必ず記入してください。				
紛失届 該当者 ()内は続柄	氏名	性別	生年月日		
	()	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
	()	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
	()	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
	()	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
	()	男・女	明治・大正 昭和・平成	年	月 日

平成 年 月 日 提出

注 紛失された被保険者証は、クレジットカードのように記号・番号を停止・変更することはできません。
盗難や自宅以外で紛失した場合は、警察署に届出してください。

上記のとおり届出いたします。
事業所所在地
事業所名称
代表者氏名 (印)

健康保険組合
受付印

ご記入いただいた個人情報は、再交付の申請手続きにのみ利用させていただきます。