

健康保険 被保険者証滅失届

| | | | |
|---------------------------|-------------|--------------|----------------------|
| 被保険者証の記号と番号 | 記号 | 番号 | |
| 被保険者の氏名と印 | ⑩ | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| 被保険者の現住所 | 〒 - | | |
| 被保険者の資格取得年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 被扶養者の有無 | 無・有（ 人） |
| 滅失した被保険者証の対象者氏名 | | | |
| 被保険者の勤務する（していた）事業所の名称・所在地 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |
| 被保険者証を滅失した年月日 | 令和 年 月 日 | 被保険者証を滅失した場所 | |
| 被保険者証を滅失した事由（詳しく） | | | |

神奈川県建設業健康保険組合

[被保険者証発見の際の返納誓約]

上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

⑩

| | |
|--------|---|
| 事業主の証明 | <p>上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>事業所名</p> <p>事業主名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> |
|--------|---|

(受付印)

令和 年 月 日提出