

被保険者証 滅失届

退職等により返却を必要とする保険証を「返納できない場合」の届出書になります。
太枠の欄は、必ず入力または記入してください。

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

事業所名	記号	番号	フリガナ	性別
			被保険者名	

フリガナ 滅失者氏名	滅失した理由	資格喪失年月日（退職日の翌日）
		(和暦) 年 月 日

同意書 (兼誓約書)	上記の内容のとおり、被保険者証を滅失いたしました。滅失した「被保険者証」を発見したときは、廃棄せず、ただちに貴組合に連絡し返納いたします。「被保険者証」の不正使用によって、貴組合に損害が生じた場合は、その一切の責任を負うことを誓います。	事業主証明欄	上記のとおり、被保険者証を滅失し、回収不能のため届出します。
	(和暦) 年 月 日		(和暦) 年 月 日
被保険者名	印 (回転印不可)	事業所所在地	事業所名称
		事業主氏名	電話番号 () 印

受付日付印