被保険者証 滅失届

健保使用欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

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。

事業所名	記号	番号	フリガナ	
株式会社ＩＨＩ	１	１２３４５６７	被保険者氏名	ケンポ　ヤスオ 健保　康男

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）
ケンポ　クミコ 健保　組子	保管場所が分からなくなったため	（和暦）××　〇〇 年　５ 月　１ 日
ケンポ　サブロウ 健保　三郎	保管場所が分からなくなったため	（和暦）××　〇〇 年　５ 月　１ 日
ケンポ　ゴロウ 健保　五郎	保管場所が分からなくなったため	（和暦）××　〇〇 年　５ 月　１ 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。

（和暦）
××　〇〇 年　５ 月　１ 日

被保険者氏名　健保　康男

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）
××　〇〇 年　５ 月　１ 日

事業所所在地　東京都江東区豊洲三丁目１番１号
事業所名称　株式会社ＩＨＩ
事業主氏名　〇〇　〇〇〇
電話番号　０３　（　００００　）　００００

受付日付印

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.3