

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	1	番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ	ケンポ ヤスオ
株式会社 I H I					被保険者氏名	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 I H I 事業主氏名 〇〇 〇〇〇 電話番号 03 (0000) 0000

受付日付印