

常務理事	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者	データ

## 健康保険被保険者証 滅失届

記号・番号 (        )・(        )	被保険者氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	*退職者は資格喪失日（退職日の翌日） を記入してください。 平成    年    月    日
住 所 〒            -		電話番号  (        局)    番
滅失された方の氏名	滅失理由	

上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けいたします。  
以後発見したときはただちに返納いたします。

事業主 証 明	大阪金属問屋健康保険組合理事長 様	受 付 印
	上記の申請について間違いのないことを証明します。	
	平成    年    月    日	
	所在地	
事業所名称		
事業主氏名	㊟	

- ◎『健康保険被保険者証滅失届』は、健康保険の資格を喪失する時（本人の退職や家族が就職した等）に保険証を滅失していて返却ができない場合に提出してください。
- ◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
- ◎事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。