

健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者証滅失届

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日	事業所・所属・連絡先	
	一 般				事業所	
	任意継続	9000			所 属	
	特例退職	9500		(昭・平・令 年 月 日生)	連絡先	()
被保険者 千 の現住所				被保険者の 資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
被保険者証の 滅失対象者は	本 人 被扶養者	被扶養者の場合その氏名	続柄	被保険者証 滅失年月日	令和 年 月 日	
被保険者証を 滅失した場所・ 事由(詳しく)						

(注) この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため、①再公布を受ける場合、②「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、③被保険者証の更新の際に旧被保険者証を返納することのできない場合 などに被保険者証の再交付を受けるため提出するものです。

念 書

上記の滅失被保険者証が第三者に行使される等の事由により、貴組合に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。また、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

今後、被保険者証の保管について充分注意いたします。

年 月 日

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

被保険者

(※)特例退職・任意継続の方は右欄は記入不要。	事業主の証明(※)	被保険者	が健康保険の被保険者証を滅失したことを証明します。				
		住 所	千	一	年	月	日
		名 称					
		氏 名					
		電 話					

(健康保険組合使用欄)

届出の種類	喪失・再交・更新・検認	滅失事由の種類	盗難・遺失・焼失・紛失
-------	-------------	---------	-------------

被保険者証の返納があったときは、その年月日		常務理事	事務長	係	決裁日	入力	受付印
被保険者証の資格を喪失した者であるときは、その年月日							