

督促	年	月	日
返納	年	月	日

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

健康保険被保険者証滅失届（任継用）

被保険者証の記号番号		.											
被保険者（であった者）の氏名		住所											
回収不能等の対象者	氏名		生年月日					性別	続柄	被保険者証を滅失した理由	備考		
	被保険者	(氏)	(名)	昭	令					男・女	本人		
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男・女			
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男・女			
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男・女			
	被扶養者	(氏)	(名)	昭	令					男・女			

上記の者について、被保険者証を滅失したため届出します。なお、被保険者証を発見した場合はただちに返納します。

令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名 _____

※この届は被保険者証を返納できない場合に提出するものです。