

常務理事	事務長	事務次長	業務課長	係

健康保険被保険者証滅失届

①被保険者等 記号・番号	記号	1111	番号	11111		
②被保険者 氏名	健保 太郎		③生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇〇月〇〇日		
④滅 失 し た 者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 該当する方の□にチェックして ください。また、被扶養者の方 が該当する場合は右欄に氏名等 を記入してください。	⑤対 象 扶 養 者	氏名	生年月日	性別	続柄
				. .	男女	
				. .	男女	
				. .	男女	
				. .	男女	
⑥被保険者の 現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1					
⑦被保険者の 勤務する(して いた)事業所の 名称・所在地	名称	〇×△□株式会社				
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町111				
⑧被保険者証 を滅失した ときの状況	保管していると思っていた場所に見当たらず、探すも所在不明					
〔被保険者証発見の際の返納誓約〕 上記に記載した通り被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは ただちに返納いたします。 被保険者氏名 _____						

千葉県機械金属健康保険組合

受付日印