

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		番号			
②被保険者 氏名			男女	③生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
④滅失 した 者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>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。</small>	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	〒 -					
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					
	所在地					
⑧被保険者証 を滅失した ときの状況						
<p>〔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。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____</p>						

千葉県機械金属健康保険組合

受付日印