健康保険被保険者証 滅失届 Ⅱ

被保険者の 記号・番号	記号	被保険者の氏名	
	番号	被保険者の 生年月日	年　月　日
事業所名		資格取得年月日	年　月　日
被保険者の住所	〒		

滅失対象者	氏　名	続　柄	生　年　月　日
			年　月　日
被保険者証を滅失 した時の状況			

年　月　日

日本高周波鋼業健康保険組合
理事長　殿

上記のとおり、被保険者証を滅失いたしました。
当該保険証が不正使用されるなどして、貴健保組合が被害を被った場合は、
私がすべての責任を負うことを約束いたします。
尚、被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。

被保険者
氏　名　　㊞

（注意）
この届書は、健康保険資格喪失者が被保険者証を返納することが
できない場合に提出するものです

受付日付印