|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **健康保険証** | **滅　　失****回収不能** | **届** |

 | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 係長・主任 | 係 |
|  |  |  |  |  |
| 被保険者 | 記号 |  | 番号 |  | 資格取得 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 資格喪失 | 令和 年 月 日 | 健保受付日付印 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
|  |  |
| 被保険者の現住所又は最後の住所 | 〒 　　　　　　　　　　　電話（ ） － |
| 対象者  |  被保険者・被扶養者全員 被保険者のみ 被扶養者のみ（名前 　　　 ） |
| 滅失した理由または対象者の近況（出来るだけ詳しく記入してください） |
|  |
|  被保険者証発見の際の返納誓約（滅失の場合記入） |  被保険者証の回収状況（回収不能の場合記入） |
| 上記のとおり被保険者証を滅失しましたので届出ますが、後日この保険証を発見した際は、ただちに返納することを誓約します。 令和 年 月 日 名古屋鉄道健康保険組合 殿 被保険者 勤務地 氏 名 印 | 督促した日 | 具体的な内容 |
| 令和 年 月 日 |  |
| 令和 年 月 日 |  |
| 令和 年 月 日 |  |
| 令和 年 月 日 |  |
| 令和 年 月 日 |  |
| 事 業 主の 証 明 |  上記の通り届出があり、調査の 結果相違ないことを証明する。 | 事業所の名称・所在地事業主の氏名 印 |