|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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 | | | | | | | | | | | | | | |