

健康保険証 滅失届 回収不能

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		フリガナ	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 () -			所属 長印	
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
	具体的内容
	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 <div style="text-align: right;">印</div>
------------	------------------------------	---

