

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証・資格確認書滅失届

この届出は、紛失のため「健康保険被保険者証等」を返却できない場合に提出する書類です。

※太枠内をご記入していただき、事業主経由にてご提出ください。

※任意継続被保険者の方は、直接、健康保険組合へご提出ください。

健康保険被保険者証等	記 号		番 号	
被保険者（ご本人）氏名			生 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
現 住 所 (退 職 後 の 住 所)	〒			
連絡がつく電話番号				
事 業 所 名				
所 属 名				
健康保険被保険者証等を 紛失した方 続柄は、(本人)(妻) (長男)(長女)(父)(母)など詳 しく記入	続 柄	該当者氏名	生 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
申 請 事 由	(紛失時期、場所、状況、事情等、詳細を分かりやすく記載してください。)			

長谷工健康保険組合 様

上記のとおり、健康保険被保険者証等を紛失したことに相違ございません。
なお、紛失した健康保険被保険者証等を発見した際は、すみやかに健康保険組合へご返却をいたします。

令和 年 月 日

住 所 〒

被保険者（本人） _____（署名）

（健保記入欄）

続柄	資格（喪失）（削除）年月日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

（ 受 付 日 付 印 ）