

事業所記号		

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

健康保険 被保険者証滅失届

正

太線枠のみ記入してください。
提出期限・・・速やかに

被 保 険 者 情 報	被保険者証 番号					被保険者氏名	印	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
	住 所	〒		-				TEL	()					

滅 失 に 関 す る 情 報	滅 失 対 象 者	氏 名		生 年 月 日		続 柄	届出することとなった事由		
				昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失(年 月 日喪失) 2. 更新
				昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失(年 月 日喪失) 2. 更新
			昭和 平成 令和	年	月	日		1. 喪失(年 月 日喪失) 2. 更新	
滅 失 状 況	被保険者証を 滅失した年月日	令和	年	月	日	被保険者証を 滅失した場所			
	被保険者証を 滅失した理由								

上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。
なお、この滅失被保険者証によって、故意に不正使用する等により保険給付に事故が発生したときは一切の責任を負います。

注)この届出は、被保険者証を滅失したため「資格喪失届」や「被扶養者減少届」に添付できない場合や、被保険者証の更新の際に返納できない場合に提出するものです。

令和 年 月 日提出

提 出 者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

