

事業所記号		
9	9	9

# 健康保険 被保険者証滅失届

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

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	1	2	3	4	5	被保険者氏名	健保太郎	健保	生年月日	昭和 平成	5	0	1	1	1	5	性別	男・女
	住所	〒101-0048						東京都千代田区神田司町2-8-1	TEL	03 (5297) 1711									

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												
		健保	太郎	昭和 平成	5	0	1	1	1	5	本人	1. 喪失(3年5月1日喪失) 2. 更新								
		健保	晴子	昭和 平成	5	2	0	3	2	0	妻	1. 喪失(3年5月1日喪失) 2. 更新								
				昭和 平成																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3年5月7日				被保険者証を滅失した場所	自宅													
	被保険者証を滅失した理由	片づけた際に誤って廃棄してしまった																		

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3年5月10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	東京都中央区日本橋1丁目2番地3号
	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 三井 一郎
	電話番号	03(4567)0000



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
-------