

常務理事	事務長	担当者

### 健康保険被保険者証滅失届

太枠内にご記入ください。

被保険者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先（TEL）
所属 部課名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
健康保険被保険者証 記号・番号	（記号）		（番号）	
現在勤務 している 事業所の	名称			
	所在地			
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
滅失された方の 氏名をご記入下さい （ ）は続柄	① 本人氏名	（本人）	④ 家族氏名	（ ）
	② 家族氏名	（ ）	⑤ 家族氏名	（ ）
	③ 家族氏名	（ ）	⑥ 家族氏名	（ ）
滅失した 理由 (いつ、どこで)	※屋外紛失の場合は、最寄りの警察(交番)へ紛失届を提出後に申請してください。			
上記理由により、被保険者証を滅失しましたので、お届けいたします。 尚、被保険者証を発見したときは、直ちに返却いたします。				
伊藤忠健康保険組合理事長 殿 年 月 日				
被保険者氏名 _____				

事業主の証明	
上記の通り、被保険者証を滅失したことに相違ないことを証明します。 尚、今後は滅失することないよう指導いたします。	
この届出は次の①または②の要件を満たしています。 年 月 日提出	
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人に確認しています。
事業所	
所在地	
事業主	
名称	

更新用
退職用
扶養削除用

(受付印)

※紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、まず最寄の警察に紛失・盗難届を出してください。紛失・盗難の法的な証明となります。  
※本届出の内容は、保険証の滅失に伴うご本人からの届出手続きを目的として使用致します。