

# 健康保険被保険者証 滅失届

① 保険証の記号・番号	—	② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名	⑩	④ 被保険者の生年月日	年 月 日
⑤ 滅失した被保険者証			
氏	名	生 年 月 日	性 別
		年 月 日	続 柄

滅失の状況等（滅失により被保険者証を添付できないときに記入してください）

最終使用年月日	年 月 日	使用場所	
滅失時の状況	（具体的に記入してください） ..... ..... .....		
	* 自宅内以外で滅失された場合は最寄の警察署へ盗難の届出をしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅で紛失 <input type="checkbox"/> 自宅外で滅失（届出日 . . . . . 警察署 受理番号No. . . . . ）		
	年 月 日 うえの滅失時の状況に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 〒 被保険者の住所 氏名 ⑩ 高島屋健康保険組合理事長 殿		

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

⑩

受付印

常務理事	事務長	課長	係	マスター登録

（退職時の保険証紛失、一斉更新時の保険証紛失に使用）