

健康保険被保険者証 減失届

常務理事	事務長	部長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	
記号	番号		
生年月日		資格取得年月日	
昭和・平成・令和	年 月 日	昭・平・令	年 月 日
事業所名称 または 任継 特退		被保険者の住所	
		〒 - 電話 ()	

被保険者証を減失した者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)		
	該当被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
被保険者証 減失の事由(詳細)			
被保険者の誓約	上記の通り被保険者証を減失しましたが、減失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納いたします。 なお、万一これにより事故発生した場合には責任を持って弁償いたします。 令和 年 月 日 氏名		

被保険者より上記事由に基づき減失届の提出がありましたので、 提出します。 (任継、特退の方は記入不要) 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()

受付年月日

(3.2)

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

博報堂健康保険組合