専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険　被保険者証等滅失届

健康保険被保険者等の 記号	健康保険被保険者等の 番号	被保険者の氏名		生年月日				資格取得年月日			
		(氏)	(名)	昭・平	年	月	日	昭・平・令	年	月	日

被保険者の住所	〒　　－

被保険者証等を滅失した者の氏名・生年月日・続柄等		氏名		生年月日		続柄	備考
	被保険者欄	(氏)	(名)	昭・平・令	年　月　日	本人	
	被扶養者欄	(氏)	(名)	昭・平・令	年　月　日		
		(氏)	(名)	昭・平・令	年　月　日		
		(氏)	(名)	昭・平・令	年　月　日		

被保険者証等を滅失したときの状況（詳しく）		被保険者証等を滅失した年月日	令和　年　月　日
		被保険者証等を滅失した場所	

〔被保険証者等を発見の際の返納誓約〕

上記の届書に記載したとおり被保険者証等を滅失しましたが、この被保険者証等を発見したときはただちに返納いたします。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　年　月　日　提出

事業主の証明	上記のとおり、健康保険被保険者証等を滅失したことに相違ないことを証明いたします。 令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話　（　局）　番

社会保険労務士の提出代行者

受付印

◎「被保険者資格喪失届」に滅失のため健康保険被保険者証等を添付できないとき、この届書を添付してください。

東京貨物運送健康保険組合