

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証滅失届

健康保険被保険者証の 記号・番号		—	被保険者の 氏名		届出内容	資格喪失・被扶養者異動
被 保 険 者 証 を 滅 失 し た 者	氏名	生年月日	続柄	資格喪失年月日又は 被扶養者削除年月日	被保険者証を滅失した理由	
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
		昭・平・令 年 月 日		令和 年 月 日		
被保険者が勤務 する(していた) 事業所名・所在地	名称					
	所在地					
<p>上記のとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者 氏名 ㊞</p> <p>大阪府農協健康保険組合理事長殿</p>						

※この届は、被保険者証を滅失したために資格喪失届又は被扶養者異動届(削除の場合)に被保険者証を添付して返納できない場合に提出するものです。