

健康保険被保険者証等 滅失届

① 記号・番号	—	② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	年 月 日
⑤ 滅失した被保険者証等・有効期限内の資格確認書			
氏	名	生 年 月 日	性 別 続 柄
		年 月 日	

滅失の状況等（滅失により被保険者証・有効期限内の資格確認書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、被保険者証等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、この被保険者証等を発見したときは、ただちに返納いたします。			
〒 被保険者の住所			
氏名			
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	

受 付 印

* 申請受領者使用欄 この申請についての被保険者本人確認を行いました。 確認者名 ()

常務理事	事務長		担当者	マスター登録

(被保険者証、有効期限内の資格確認書紛失時に使用)