健康保険　　　　　　　　滅失届

被保険者証

資格確認書

高齢受給者証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の  記号・番号 | | | － | | 被保険者氏名 | |  | | | |
| 生年月日 | | | 昭和  　　　　　年 　　月 　　日  平成 | | | 資格取得年月日 | | 昭和  平成　　　年 　　月 　　日  令和 | | |
| 滅失したもの | | | 滅失したものに☑をしてください。   * 健康保険証　※健康保険証を滅失された方でマイナ保険証を保有し   ていない方は、「**資格確認書（再）交付申請書**」を付  してください。  □ 資格確認書  　□ 高齢受給者証 | | | | | | | |
| 滅失した方 | | | 該当するものに☑をしてください。   * 被保険者（本人）分 | | | | | | | |
| 該当するものに☑をしてください。  □ 被扶養者（家族）分　　※下記に該当する被扶養者の氏名をご記入ください。 | | | | | | | |
| 被扶養者が滅失したときの被扶養者氏名 | | 氏名 | | | 氏名 | | | | 氏名 | |
|  | | |  | | | |  | |
| 被保険者の勤務する  (していた）事業所の | | | | 名　称 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 滅失したときの状況 | | | | |  | | | | | |
| 滅失したものを発見したときは、ただちに返納いたします。    被保険者の住所　〒    氏名 | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日提出  受付日付印 |

**民間放送健康保険組合**