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**