

健康保険被保険者証等 滅失 き損 届

常務理事	担当	担当	

健康保険の記号・番号		被保険者の氏名		性別
記号	番号			男 ・ 女
被保険者生年月日		被保険者の現住所		
昭和 平成		〒		
資格取得年月日		資格喪失年月日		
令和	年	月	日	令和
				年
				月
				日

保険者証等を滅失・き損された方の氏名	続柄	証の種別 ※該当するものに○を付してください。
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証
		・資格確認証 ・被保険者証 ・その他（ ） ・高齢受給者証 ・限度額適用認定証

回収不能となった理由	1. すでに破棄したので返却できない 2. その他の理由 詳細を記入してください 例) ○月○日に財布と一緒に紛失した。
------------	---

上記のとおり滅失しましたが、発見したときにはただちに返納します。

令和 年 月 日

被保険者の住所

氏名

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合 殿