

健康保険被保険者証 滅失届

(保険証の再交付をしない場合)

※各事業会社人事・総務部に提出下さい。

被保険者名 氏名	コクヨ 太郎	性別	男 ・ 女	生年月日	**年 **月 **日
被保険者の住所	大阪府中央区鶴野町〇-〇-〇				
保険証の記号と番号	記号：** 番号:*****				
事業所 (本籍会社)	名称	コクヨ株式会社			
	所在地	大阪府東成区大今里南 6-1-1			
保険証を滅失した方の氏名	コクヨ 一郎				

**年 **月 **日提出

念 書	
上記の届出書に記載した通り、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 この被保険者証について、万一事件・事故が起こった場合はすべて自己責任として対応します。 なお、滅失した被保険者証を発見した場合は、ただちに返却します。	
年月**日	被保険者氏名 <u>コクヨ 太郎</u>
事業主の証明	
上記申請内容について事実相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失することのないよう周知徹底をはかります。	
年 月 日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	事業会社が記入しますのでご本人の記入は不要です。

【個人情報について】

本届書に記入された個人情報は、本届に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。