

--	--	--	--

健康保険被保険証 滅失届

平成 年 月 日

川崎汽船健康保険組合 理事長 殿

事業所名称

事業主氏名



下記の者は 健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けします。

記号	1	2	3	番号	4	5	6	7	8	9	氏名	健保 太郎	
被保険者の住所		〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇〇-0 TEL 000 - 000 - 000											
滅失した被保険者証について						届出区分について							
氏名			被保険者との続柄			1. 喪失（退職時） 2. 更新（書換時）							
健保 愛子			妻										
届け出た警察署名				届出番号				届出日時					
警察署				号				平成 年 月 日頃					
滅失した理由													
保険証を返却する為に探したが、自宅の保管場所に見当たらず、どこにしまったかわからなくなった。													
上記の理由により、健康保険被保険者証を滅失してしまいました。 滅失した被保険者証により 万一事故がおこった場合は、私が全責任を負います。 なお、被保険者証を発見した時には遅滞なく返却いたします。													

◆ 注意事項

- ① 健康保険証を紛失されたり盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず警察に届けて下さい。
- ② 再交付が必要な場合は『再交付申請書』を提出して下さい。（滅失届は必要ありません）