

--	--	--	--

健康保険被保険者証 滅失届

令和 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

印

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		番号								被保険者の氏名	印			
被保険者の住所	〒 _____										TEL	-	-	
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）						
届け出た警察署名			警察署			届出番号			号			届出日時 令和 年 月 日頃		
滅失した理由														
上記の理由により健康保険被保険者証を紛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警察に届けて下さい。
- ② 再交付が必要な場合は『証再交付申請書』を提出して下さい。(滅失届は必要ありません)