

記入見本

常務理事	事務長	係員

健康保険被保険者証紛失届

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

私は下記の理由により被保険者証(保険証)を返納する事が出来ません。  
 したがって紛失した保険証により不正受給等、保険事故の事実がありました時は  
 すべての責任をとり補償することを誓約し、未返納とさせていただきますよう届出いたします。  
 また、保険証が発見された場合は速やかに事業所を通じて返却いたします。

被保険者記入欄

被保険者証 記号・番号	6100 000	所属	〇〇〇株式会社・〇〇〇店
被保険者の 氏名	健康 太郎	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和
紛失した 保険証	紛失したものに〇をつけて、被扶養者分については氏名をご記入ください。 <input checked="" type="radio"/> 1)被保険者本人分 <input checked="" type="radio"/> 2)被扶養者__1名分 →対象者氏名( 健康 花子 )		
被保険者の 現住所	〒812-0893 福岡市博多区那珂3-28-5 (電話 092-〇〇〇-xxxx)		
被保険者証 回収不能の 理由	誤って処分してしまった為		

上記のとおり被保険者証を回収することができません。

事業所所在地  
 事業所名称  
 事業主氏名  
 電話

受付日付印

※健保記入欄 返納があった時の回収日 年 月 日