

健康保険証滅失届

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

太枠内をご記入ください。

| | | | | | | |
|-----|-----------------------------|------|--------|----------|---|-----|
| 記号 | 番号 | 事業所名 | 所属 | | | |
| | | | | | | |
| 滅失者 | いずれかに○をつけてください 本人 ・ 被扶養者 | | ふりがな | 生 年 月 日 | | |
| | | | 被保険者氏名 | 昭和 平成 | 年 | 月 日 |

滅失者が被扶養者の場合ご記入ください。↓

| | | | | | | | | | | | | |
|------|--|----|----------|------|---|----|---------|--|----------|---|---|---|
| ふりがな | | 続柄 | 生 年 月 日 | ふりがな | | 続柄 | 生 年 月 日 | | | | | |
| 氏名 | | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 氏名 | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ふりがな | | 続柄 | | ふりがな | | 続柄 | 生 年 月 日 | | | | | |
| 氏名 | | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 氏名 | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |

健康保険証を紛失した場合は必ず警察署などへ届出てください。

いずれかに○をつけてください↓

健康保険 被保険者証・限度額適用認定証・高齢受給者証 を滅失しましたので届け出致します。
なお、健康保険証を紛失したことにより、大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。また健康保険証発見の場合は直ちに返納します。

平成 年 月 日

被保険者住所 〒 -

電話番号 - - 携帯番号 - -

大阪読売健康保険組合理事長殿

氏名 (印)

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 事業主住所氏名及び印 | |
| 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 | 〒 - () 番 |

| | |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
| | (印) |

受付日付印