

健康保険 被保険者証滅失届

被保険者（申出者）記入用

資格喪失時、保険証滅失のため返却できないとき

被保険者情報	被保険者証の(左づめ)	記号(1か2か3) <input type="text"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) <input type="text"/>		

滅失により保険証の返却ができない方	滅失した被保険者証	(該当するものに○をつけてください) 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証		
	滅失した時の状況	<input type="text"/>		
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>	
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>	
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>	
	氏名	続柄	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>	

上記の記載どおり、被保険者証を紛失したことに相違ありません。
 なお、紛失した保険証を発見したときは直ちに返納いたします。

年 月 日 被保険者氏名

事業主証明欄	上記のとおり被保険者から滅失の申出がありましたので届出いたします。 年 月 日		
	事業所所在地	<input type="text"/>	
	事業所名称	<input type="text"/>	
	事業主名	TEL	()

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合
<input type="text"/>

受付日付印
<input type="text"/>