

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者証 紛失届

この用紙は、「退職時」もしくは「氏名変更時」に保険証を紛失しており、返却ができない方が使用する申請書です。在職中の紛失等による再交付は、「被保険者証 再交付申請書」を使用してください。

※太枠内を記入してください

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者氏名	
	番号			
事業所の名称 (会社名)			被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
届出する該当者 (被保険者 本人も含む)	氏名	続柄()	氏名	続柄()
	氏名	続柄()	氏名	続柄()
届出の事由 (できるだけ詳しく 記入してください。)				
上記のとおり被保険者証を紛失したので、届を提出します。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返却いたします。				
平成 年 月 日				
住所 被保険者 氏名				(印)

※本書に記入していただいた個人情報 は適切に取り扱い、目的外には使用いたしません。

上記届出の事由を調査したところ相違ないので証明します。

--- 受付日付印 ---

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主名

(印)

リクルート健康保険組合殿