

健康保険 被保険者証(本人・家族)紛失・き損届

令和 年 月 日

常務理事	事務局長	事務局次長	部 長	次 長	課 長	課長補佐	係 長	係

被保険者等	記号		被保険者氏名					
記号・番号	番号		生 年 月 日	昭・平	年	月	日	

対象となる者	氏 名		生 年 月 日			続柄	
			昭・平・令	年	月	日	
			昭・平・令	年	月	日	
			昭・平・令	年	月	日	
			昭・平・令	年	月	日	
			昭・平・令	年	月	日	

届出の事由

(できるだけ詳しく日時、場所等を記入してください。)

上記のとおり、証を(紛失・き損)したのでお届けします。
なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の(紛失・き損)の届出がありましたので提出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

社会保険労務士記載欄

受 付 印

出版健康保険組合

令和6年12月2日改定